

**EFFECTIVIDAD DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PREVENIR LOS
EMBARAZOS DE NIÑAS Y ADOLESCENTES EN EL DEPARTAMENTO DEL
ATLÁNTICO**

AUTORA:

KAREN LORENA VÁSQUEZ RAMÍREZ

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA

LÍNEA DE GESTIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS

BARRANQUILLA

2018

**EFFECTIVIDAD DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PREVENIR LOS
EMBARAZOS DE NIÑAS Y ADOLESCENTES EN EL DEPARTAMENTO DEL
ATLÁNTICO**

AUTORA:

KAREN VÁSQUEZ RAMÍREZ

**Modalidad de grado: Monografía de análisis de experiencias, en la Línea de Gestión y
Políticas Públicas. En la Sublínea de Gestión de Organizaciones Públicas.**

DIRECTOR:

CATHERINE DEL PILAR DÍAZ SANABRIA

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA

LÍNEA DE GESTIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS

BARRANQUILLA

2018

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del Jurado

JURADO

JURADO

DEDICATORIA

A: Dios por su gran amor y piedad, a mi esposo y madre por su apoyo en este sueño tan anhelado y a mi hija Sofí por ser mi motor para seguir adelante, para querer mejorar y capacitarme cada día más y sienta que quiero triunfar, para que se sienta orgullosa de mi.

AGRADECIMIENTOS

A Dios nuestro señor por iluminarme colmarme de sabiduría y entendimiento para estudiar esta profesión tan valiosa dedicada al servicio de la sociedad colombiana y el bienestar humano en general.

A la Universidad que me brindó la oportunidad de ser profesional y a su equipo de educadores los cuales día a día me comparten de sus conocimientos.

Agradezco a mis profesores de esta especialización, mi tutora, directora de este trabajo y a todas las personas y entidades que han hecho posible materializar este sueño.

A todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron para facilitar el desarrollo de este trabajo, de quien recibí la orientación, comprensión y paciencia.

Agradezco de manera especial a mi familia por su apoyo moral, afectivo y económico el cual ha estado presente en todo momento sin importar las dificultades que se han presentado en el camino.

RESUMEN

El embarazo en las niñas y adolescentes se ha convertido en una problemática que obstaculiza el desarrollo en los países de América Latina y el Caribe. Se considera como la segunda región con tasa de fertilidad adolescente promedio por país, a nivel de regiones, se ha producido un empeoramiento de la salud materno infantil. La presente monografía pretende estudiar las políticas públicas encaminadas a la prevención de los embarazos tempranos que se presentan en las niñas y adolescentes en el departamento del Atlántico. Colombia es uno de los tres países de América Latina con mayor prevalencia de embarazo en adolescentes. Según datos reportados por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS, (2010). Asimismo la investigación es desarrollada bajo el enfoque cualitativo y con un diseño descriptivo. Por su parte se denota que los programas de educación sexual deben ser fortalecidos, capacitando a los padres y madres de familia, cuidadores, docentes, entre otros, para que las metodologías empleadas sean positivas y brinden elementos para que los niños, niñas y adolescentes tengan de manera clara y precisa la información al momento de la toma de decisiones, con respecto a los derechos como lo enfatiza la ley. Además las políticas públicas para la prevención de embarazos en niñas y adolescentes a temprana edad, requiere de un programa de parámetros de comportamiento, es decir un manual de lo que es correcto e incorrecto con respecto a que hacer durante la niñez y la adolescencia.

Palabras Clave: Niñas, Adolescentes, Embarazo, Políticas, Programas.

ABSTRACT

Pregnancy in girls and adolescents has become a problem that hinders development in the countries of Latin America and the Caribbean. It is considered as the second region with average adolescent fertility rate per country, at the regional level, there has been a worsening of maternal and child health. This monograph aims to study public policies aimed at the prevention of early pregnancies that occur in girls and adolescents in the department of Atlántico. Colombia is one of the three countries in Latin America with the highest prevalence of teenage pregnancy. According to data reported by the National Survey of Demography and Health ENDS, (2010). Likewise, the research is developed under the qualitative approach and with a descriptive design. For its part, it is noted that sex education programs must be strengthened, training parents, caregivers, teachers, among others, so that the methodologies used are positive and provide elements for children and adolescents to have Clearly and precisely the information at the time of decision making, with respect to rights as emphasized by the law. In addition, public policies for the prevention of pregnancies in girls and adolescents at an early age require a program of behavioral parameters, that is, a manual of what is right and wrong about what to do during childhood and adolescence.

Keywords: Girls, Adolescents, Pregnancy, Policies, Programs.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	12
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1. Descripción del Problema	15
1.2. Formulación del Problema	18
2. JUSTIFICACIÓN.....	19
3. OBJETIVOS	22
3.1. Objetivo general.....	22
3.2. Objetivos específicos	22
4. MARCO DE REFERENCIA	23
4.1. Marco Histórico	23
4.2. Marco Teórico – Conceptual	29
4.2.1. El Contexto Familiar	31
4.2.2. El Contexto Comunitario	32
4.2.3. Factores próximos a la fecundidad	34
4.2.4. Las Políticas Públicas.....	34
4.2.5. Los “tres hitos” en la vida sexual y reproductiva de las mujeres	38
4.2.6. Conocimiento de Métodos Anticonceptivos	41
4.2.7. Uso de anticonceptivos y educación sexual	43
5. DISEÑO METODOLÓGICO.....	51

5.1. Tipo de Investigación.....	51
5.2. Método	51
5.3. Fuentes: Técnicas e Instrumentos de Investigación.....	52
6. ANÁLISIS DE RESULTADOS	53
6.1. Diagnóstico de la situación problemática en el Departamento del Atlántico.....	53
6.2. Política de salud sexual y reproductiva en las niñas y adolescentes.....	62
6.3. Causas y consecuencias de los embarazos tempranos en el departamento del Atlántico.....	72
6.4. Posibles aportes en la prevención del problema en el Atlántico	89
CONCLUSIONES	94
RECOMENDACIONES	97
REFERENCIAS.....	99

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Entidades que integran el plan de trabajo	35
Tabla 2. Departamento del Atlántico, Tasas globales y específicas de fecundidad.	57

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1. Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años, alguna vez embarazadas.....	27
Gráfico 2. Determinantes del Embarazo Adolescente	31
Gráfico 3. Porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años que había tenido una relación sexual, se había unido y había tenido un hijo, 2010	39
Gráfico 4. Porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años que había tenido una relación sexual, se había unido y había tenido un hijo, 2010	41
Gráfico 5. Distribución porcentual de mujeres casadas y en unión libre de 15 a 24 años según su uso de anticonceptivos, 1990, 2000 y 2010.....	43
Gráfico 6. Porcentaje de embarazo adolescente por nivel de escolaridad 2000-2010.....	73
Gráfico 7. Porcentaje de estudiantes que se desvincularon del sistema educativo porque iban a ser padres/madres.....	74
Gráfico 8. Factores riesgos que inciden en el embarazo en adolescentes	77
Gráfico 9. Tasa de fecundidad en niñas entre 10 y 14 años (2014*)	78
Gráfico 10. Tasa de fecundidad en adolescentes entre 15 y 19 años (2014*).....	79

INTRODUCCIÓN

El embarazo en las niñas y adolescentes se ha convertido en una problemática que obstaculiza el desarrollo en los países de América Latina y el Caribe. Se considera como la segunda región con tasa de fertilidad adolescente promedio por país, a nivel de regiones, se ha producido un empeoramiento de la salud materno infantil, pues la misma ha llevado a la perpetuación de situaciones de vulnerabilidad que ha motivado a las organizaciones gubernamentales a aumentar los esfuerzos en la prevención del embarazo en las niñas y adolescentes, creando políticas públicas de prevención Aleman, Cueva, Infrans, (2017).

Desde un enfoque tradicional, las políticas de prevención se basan en la provisión de educación en salud sexual y reproductiva (SSR) fundamentándose en que un mayor acceso a la información mejoraría la toma de decisiones por parte de los adolescentes, de manera a que puedan evitar por sí mismos conductas de riesgo que resulten en un embarazo no planeado.

Es de destacar la opinión de Rodriguez y Hopenhayn, (2009), quien menciona que la provision tiene un perfil conservador y restrictivo, caracterizado por la negación de la autonomía sexual, que conduce al ocultamiento de las relaciones sexuales. Asimismo se tiene un acceso limitado para la información de servicios para la prevención de embarazos no deseados.

Es por ello que cada año las cifras de embarazos tempranos crecen a nivel nacional, regional y local. Los números de la incidencia de estos casos son más conocidos en las grandes

ciudades y a esto no escapa la ciudad de Barranquilla como capital del departamento del Atlántico.

Con respecto al origen de este tema las opiniones están divididas en la comunidad investigativa del campo social ya que algunos afirman que su génesis está en la masificación del uso de las redes sociales, las cuales derriban las fronteras e impedimentos que pudieran tener las niñas y adolescentes en la comunicación con sus posibles parejas, mientras otros afirman, por ejemplo, que se debe a una total ausencia de la enseñanza de valores al interior de los hogares o la falta de políticas públicas que de verdad puedan interpretar soluciones viables y planes efectivos frente a la prevención de los embarazos no deseados en niñas y adolescentes.

La presente monografía pretende estudiar las políticas públicas encaminadas a la prevención de los embarazos tempranos que se presentan en las niñas y adolescentes en el departamento del Atlántico, analizando la efectividad de las mismas a la luz de los resultados de los diferentes planes, proyectos y estrategias estatales que se han implementado desde las entidades públicas pertinentes para combatir este mal social que inquieta al Estado.

Para llevar a cabo esta investigación se pretende que sea de utilidad en el desarrollo de nuevas políticas públicas, ya que se encuentran en algunas entidades cierta resistencia en la entrega de información, pues no parecen algunos funcionarios de entidades pertinentes interesarse en que el público en general conozca cuanto se ha trabajado en este tema y cuál es el resultado de las políticas públicas implementadas.

Asimismo esta investigación se estructura de la siguiente manera: Primeramente se plantea la problemática de la investigación, formulación, justificación y objetivos de la investigación. Asimismo se tiene el Marco Teórico con el cual se toman referentes teóricos, así como investigaciones ancladas al tema planteado.

Seguidamente se tiene la metodología que será utilizada en la investigación, el tipo de estudio, la población y muestra, así como los instrumentos que se utilizarán para llevar a cabo esta investigación. En el mismo orden de ideas se plantean los resultados de forma cualitativa de acuerdo a los objetivos planteados. Por último se tienen las conclusiones y recomendaciones de la investigación realizada.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.Descripción del Problema

De acuerdo con el enfoque de desarrollo humano, PNUD (2010), los individuos tienen la posibilidad de construir un proyecto de vida que desean en un marco de un entorno que les permita lograrlo. Es en la niñez y en la adolescencia cuando se sientan las bases que dan sustento a un proceso de desarrollo humano satisfactorio.

Para Sandoval (2017), la materialización del embarazo en la adolescencia supone un conjunto de consecuencias que en algunas ocasiones, comprometen la posibilidad de los adolescentes y jóvenes de materializar el proyecto de vida deseado. Es decir, el autor menciona que el embarazo trae consecuencias graves a las niñas y adolescentes ya que no se ha desarrollado en su totalidad los procesos por los cuales evoluciona la mujer.

Según el Fondo de Naciones Unidas para la Población UNFPA, (2014), todos los días 20.000 mujeres de menos de 18 años, dan a luz en países en vías de desarrollo y 2 de los 7,3 millones de partos de adolescentes que ocurren cada año, corresponden a niñas menores de 15 años.

Es por ello que, hoy en día en el mundo el embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema poblacional que amplía las brechas sociales y de género; se trata de un tema de

proyecto de vida, de educación, de salud, pero sobre todo de respeto a sus derechos humanos, a su libertad y a su desarrollo como personas. Por ello, prevenir su ocurrencia y erradicar el embarazo infantil son objetivos estratégicos del Gobierno de la República que demandan acciones integrales, mecanismos de atención profesionales, de alta calidad, con total cobertura y con perspectiva de género.

De acuerdo con The American Academy of Pediatrics (2010) y la ENDS (2010), la problemática de embarazo en adolescentes está determinada por un conjunto de factores relacionados en su mayoría con la posibilidad de ejercer de manera cabal los derechos sexuales y reproductivos, el acceso irrestricto a información de calidad y la vulnerabilidad social.

Colombia es uno de los tres países de América Latina con mayor prevalencia de embarazo en adolescentes. Según datos reportados por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS, (2010), el porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años que han sido madres o están en embarazo, asciende en el país al 19.5%. Adicionalmente, los reportes de Estadísticas Vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, (2016) muestran una tasa específica de fecundidad para menores de 14 años de 3,15 nacimientos por cada 1000 mujeres.

Para abordar esta problemática de naturaleza multidimensional, el gobierno nacional viene trabajando con apoyo de UNICEF, UNFPA, OIM y otros organismos internacionales en la implementación de la estrategia de prevención del embarazo en adolescentes, plasmada en el documento Conpes 147 de 2012. La política se fundamenta en 4 ejes de intervención específicos: Intersectorialidad; Desarrollo Humano y Proyecto de Vida; Oferta de Servicios en Educación

Sexual, Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Sexuales y Reproductivos; y Monitoreo, Seguimiento, Evaluación y Gestión de Conocimiento. Su marco estratégico está recogido en un conjunto de objetivos y metas concretas, que se presentan a continuación y definen su alcance en cada uno de los ejes mencionados.

De lo antes expuesto es preciso mencionar que las cifras de embarazos en niñas y adolescentes en el departamento del Atlántico ha sido dramático, especialmente en los últimos 5 años. Por esta razón el gobierno departamental y de los municipios del Atlántico ha implementado una serie de estrategias para combatir este mal social, sin resultados significativos hasta el momento.

Al año en Colombia nacen 403 niños de padres adolescentes, especialmente hijos de niñas. Abudinen, (2017) directora del ICBF, menciona que las cifras anteriormente mencionadas, se buscará solucionar a través de estrategias en favor de los niños, niñas y adolescentes, así como las familias de las regiones colombianas. La directora enfatiza que en el Departamento del Atlántico los índices de embarazos en adolescentes pasaron del 17% al 20%, lo que ubica al departamento por encima de la media nacional que es 17%. Mientras que en Barranquilla la tasa pasó del 19% al 18%. Bajó un punto con respecto a 2016, pero también se ubica por encima de la media nacional.

Es claro que la entidad pública abanderada de estas estrategias de prevención es legalmente el Instituto Colombiano de Bienestar Familia, lo cual de alguna manera ha fortalecido las campañas en el Atlántico, pero hace falta más compromiso de otros estamentos sociales, como la

escuela, la cual no ha encontrado hasta el momento el canal de comunicación efectiva con sus estudiantes para realizar campañas de impacto positivo en este tema por parte de la comunidad estudiantil.

Así mismo, no es notorio que entidades no gubernamentales o privadas, como PROFAMILIA, por ejemplo, organicen y pongan a circular propaganda que busque prevenir estos embarazos tempranos.

Por esta razón hay que generar mayores compromisos de la sociedad en general por ser un problema de amplio espectro social y de afectación que desconoce límites de cualquier naturaleza, es decir, que no distingue estratos socioeconómicos, ni raza, credos o cualquier otra clasificación de la sociedad, simplemente ocurren estos embarazos precoces al interior de cualquier familia, y por tanto, el compromiso de la prevención afecta a todos por igual.

1.2. Formulación del Problema

Por todo lo antes expuesto se genera la pregunta problema de esta investigación que consiste en:

¿Son eficientes las políticas públicas para prevenir los embarazos de niñas y adolescentes en el departamento del Atlántico?

2. JUSTIFICACIÓN

El embarazo a temprana edad debido a sus implicaciones en el desarrollo y calidad de vida de los adolescentes ha sido considerada desde la época de los sesenta como una problemática de tipo social y de salud pública, lo que implica una intervención necesaria que permita mejores índices de desarrollo.

Según Sandoval (2017), el embarazo a temprana edad implica riesgos desde el plano biológico, y riesgos que ponen en desequilibrio el bienestar integral y las expectativas de vida de los adolescentes, en el mismo ámbito, ocasionan deserción, discriminación tanto en contextos sociales como educativos, una vinculación a temprana edad al campo laboral, de igual forma probabilidades mayores de ingreso al sistema de subempleo o procesos inestables de relación laboral, aceleración de proyectos de vida y otros.

Asimismo la Encuesta Nacional de demografía (2015), presenta valores correspondientes a que el 34% de las madres menores de 20 años señalaron querer a su hijo en el momento de quedar embarazadas, 16% no querían a su hijo en ese momento, y el 50% mostraron quererlo más tarde. El 66% restante de la población tenía proyectos anteriores de vida, los cuales no incluían ser madre en la etapa de la vida en la que se encontraban.

En el mismo orden de ideas la Encuesta Nacional de Deserción Escolar (2010), recoge información que lleva a determinar que más del 50% de los estudiantes ha abandonado el sistema educativo por la razón de ser madre o padre, lo que es directamente proporcional a un cambio de proyecto de vida.

Debido a todo lo anteriormente planteado existen diversas instituciones de índole pública, privada, nacional e internacional, las cuales han realizado acercamientos teóricos que dan explicación del cómo y porqué de ocurrencias de embarazos durante la adolescencia, logrando determinar razones como la decisión voluntaria, relaciones sexuales sin protección, violación, abuso, explotación sexual, condiciones de pobreza, poco nivel de educación, inicio temprano de relaciones sexuales, conflictos familiares, falta de comunicación con la familia, y otros (ENDS, 2015).

Los avances en esta materia puntan que las iniciativas de entes se encuentran centradas en la prestación de servicios de salud, intervenciones dirigidas en la formación de conocimiento y competencia en cuanto a la sexualidad de tipo responsable, conocimiento y uso de métodos de actuales de anticoncepción. Entonces respecto a la anterior los programas se encuentran enfatizados en prevenir problemas referentes al tema, más no en la atención de contextos sociales que traten de cambiar la conducta una vez adquirida.

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2016):

América Latina ha sido pionera en el desarrollo de políticas, planes, programas y servicios para adolescentes en la Región. Sin embargo, muchos de los programas que existen actualmente se adhieren al concepto de prevención de enfermedades y se centran en un comportamiento muy específico, como VIH, prevención de embarazo y promoción de la abstinencia. Los programas y políticas tradicionales han sido de naturaleza curativa y con frecuencia han definido el éxito como la ausencia de problemas, en lugar de como un desarrollo saludable. Dichos programas y servicios son verticales en su enfoque y no integran los conceptos de familia, cultura, valores y el contexto global en el que ocurre el Comportamiento.

A lo anterior señalado, los programas realizados para tratar la problemática señalada, deben de ir más allá de un enfoque orientado al problema, entonces se debe promover el

desarrollo de factores de protección y resiliencia en la adolescencia. Esto traduce en dejar a un lado a intervenciones individuales y que estén sean más de tipo familiar y comunal, mediante la gestión de esfuerzos combinados y coordinados en la prevención y promoción de salud en niños, niñas adolescentes y jóvenes, Shutt-Aine y Maddaleno, (2016)

Todo lo anterior señalado es motivo principal de elaboración para la presente monografía pretende analiza la efectividad de las políticas públicas para prevenir los embarazos de niñas y adolescentes en el Departamento del Atlántico.

3. OBJETIVOS

3.1.Objetivo general

Estudiar la eficiencia de las políticas públicas para la prevención de embarazos en niñas y adolescentes en el departamento del Atlántico.

3.2.Objetivos específicos

Realizar un diagnóstico de la situación problemática en el Departamento del Atlántico.

Analizar la política de salud sexual y reproductiva en las niñas y adolescentes.

Estudiar las causas y consecuencias de los embarazos tempranos en el departamento del Atlántico.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1.Marco Histórico

Para comenzar a explicar un poco sobre la historia del embarazo en las niñas y adolescentes, es necesario mencionar que desde hace tres décadas el movimiento social de mujeres ha venido posicionando el tema mujer-género con los Estados y en los diferentes organismos nacionales e internacionales como las Naciones Unidas (ONU) y OEA. Es por ello, que en las dos últimas conferencias se ha venido fortaleciendo a la mujer el compromiso de las organizaciones internacionales para acabar con la desigualdad entre géneros.

De acuerdo a lo anterior expuesto, la IV Conferencia Mundial de la Plataforma de Acción firmada en Beijing (1995) y en la Cumbre Mundial sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, realizada del 20 a 22 de septiembre de 2000 en Nueva York, convocada por las Naciones Unidas, se estudió la necesidad de adoptar un plan de Acción Mundial para que los Estados miembros se comprometiesen con los ocho objetivos de lucha contra la pobreza, entre los cuales se incluye eliminar las desigualdades de la mujer y la mortalidad materna en una fecha límite del año 2015.

Con el fin de alcanzar estos logros, se creó el 24 de febrero de 2011 en la sede de las Naciones Unidas la entidad para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer. En aquel entonces, el Secretario general Ban Ki-moon expresó: «Con el nacimiento de ONU-

Mujeres, damos la bienvenida a un agente nuevo y poderoso para el progreso de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer».

Asimismo, Domínguez, (2014), enfatiza que 20% de las embarazadas en Colombia son adolescentes. Análisis de esta problemática y formas de prevención del embarazo en este grupo de la población, en el siguiente artículo.

Un estudio reciente de la ONU prendió las alarmas: Colombia es el tercer país de la región (después de Venezuela y Ecuador) con el mayor índice de adolescentes gestantes, 150 mil embarazos en niñas entre los 10 y los 19 años se registraron en el país en el último año. En el mundo, 16 millones de embarazos se presentan anualmente entre la población más joven.

En primer lugar, el análisis histórico de la fecundidad realizado por el DANE con ocasión del Censo General 2005, muestra que la edad media de la fecundidad ha disminuido de 27,23 años en el quinquenio 1985-1990, a 26,63 años en el periodo 2000-2005, “lo que demuestra que las mujeres han reducido, en promedio, la edad para tener sus hijos”. Además, “al analizar la estructura de la fecundidad para los años 1993 y 2005, su descenso en Colombia de los últimos doce años se encuentra explicado por la reducción de la participación de las mujeres mayores de 20 años, mientras que la contribución del grupo de 15 a 19 se ha incrementado un 19,4%”⁴. Lo anterior implica que la menor edad promedio de reproducción que se presenta en el país, se explica en buena parte por el aumento de la participación de los nacimientos en adolescentes en los niveles globales de fecundidad.

Seguidamente, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS revela que la actividad sexual tiende a iniciarse a una edad cada vez más temprana. Por un lado, la edad promedio a la primera relación sexual declinó de 18,3 años en 2005 a 18,0 en 2010, lo cual es prácticamente el límite entre la adolescencia y la mayoría de edad.

La encuesta muestra además que las relaciones sexuales ocurren más temprano en las mujeres sin educación (15,8 años), con más bajo nivel de riqueza (17,1 años) y habitantes de áreas rurales (17,5 años), que en aquellas que tienen educación superior (18,9 años), altos niveles de riqueza (18,7 años) o viven en zona urbana (18,1 años).

Por otro lado, el porcentaje de mujeres que tiene su primera relación sexual antes de la mayoría de edad creció de 46,2% a 50,3% entre 2005 y 2010, lo cual significa que actualmente una de cada dos mujeres inicia su actividad sexual en la adolescencia.

Otra muestra de ello es que según la encuesta, el 13,6% de las mujeres tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años, el 61,1% (o sea, 3 de cada 5 mujeres) antes de los 18 años, y el 82% (o sea, 4 de cada 5 mujeres) antes de los 20 años. En la misma línea, se observa que el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que afirma nunca haber tenido relaciones sexuales disminuyó de 56,2% en 2005 a 50% en 2010, lo cual se observa tanto en zona rural (de 54,3% a 49,5%), como en zona urbana (de 56,8% a 50,2%).

En tercer lugar, la ENDS muestra que las uniones conyugales se establecen a edades cada vez menores. Esto se refleja tanto en el descenso de la edad promedio a la primera unión conyugal, que pasó de 21,7 años a 21,5 entre 2005 y 2010, como en el aumento del porcentaje de mujeres que se unieron por primera vez antes de cumplir los 15 años, que pasó de 4,7% a 5,6%, y antes de cumplir los 18 años, que pasó de 22,1% a 24,3%.

En cuarto y último lugar, se observa un aumento sostenido de los nacimientos en la población adolescente, pese a que en el último quinquenio se registra un leve descenso. De una parte, la tasa específica de fecundidad para las mujeres menores de 20 años, calculada por la ENDS, creció de 70 nacimientos por cada mil mujeres en 1990, a 90 en 2005.

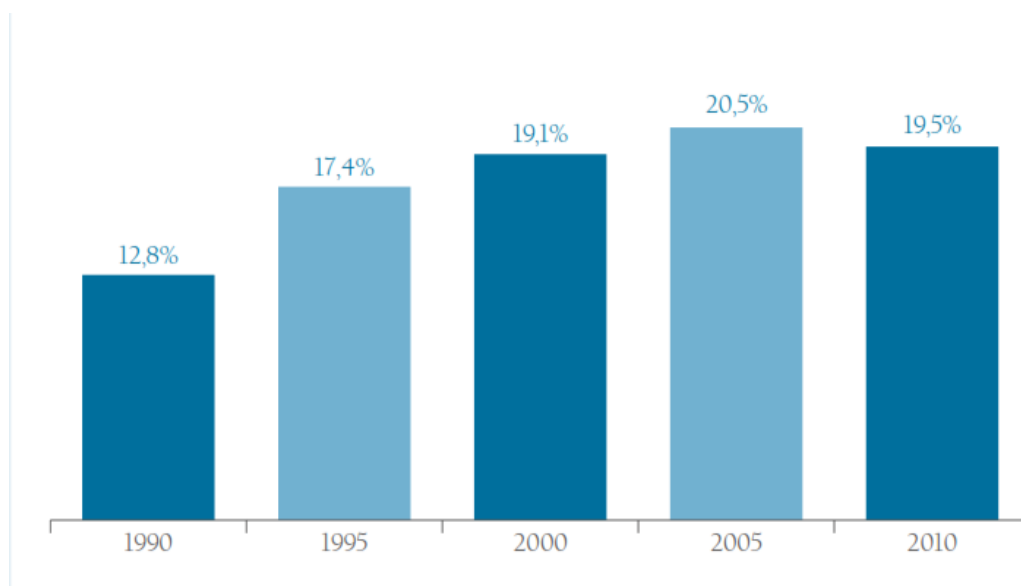
Aunque la fecundidad en este grupo poblacional disminuyó a 84 nacimientos por cada mil mujeres en 2015, su valor es mayor al del total de mujeres en edad reproductiva para este año, que se ubica en 74 nacimientos por cada mil mujeres.

De otra parte, el porcentaje de madres adolescentes que estima la ENDS se ha incrementado en 6,7% entre 1990 y 2015, aunque se redujo en un punto porcentual en el último quinquenio.

Actualmente, una de cada 5 mujeres (19,5%) de 15 a 19 años ya es madre o está embarazada, lo cual es más acentuado entre las mujeres de zona rural (26,7%), sin educación (55%, sin ponderar), con sólo educación primaria (46,5%) y de menor nivel de riqueza (29,5%),

que en aquellas que habitan en la zona urbana (17,3%), tienen educación superior (10,5%) o están en el mayor nivel de riqueza (7,4%). De acuerdo con el Documento Conpes 147 de 2012, que establece los Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años: “En todos los casos, se mantienen las diferencias urbano/rural y las diferencias entre las mujeres sin educación y las más educadas; de tal manera que se aprecia un crecimiento en las tasas de embarazo adolescente en todos los niveles educativos” (p. 9).

Gráfico 1. Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años, alguna vez embarazadas



Fuente: ENDS, 2010. Informe de Prensa

En el mismo orden de ideas es necesario mencionar que el embarazo adolescente es un fenómeno muy destacado por la literatura reciente por sus efectos en el ámbito social y económico de las madres jóvenes y sus familias.

De acuerdo con los autores Menkes y Suárez, (2013), la trayectoria individual de las jóvenes embarazadas se trastorna al punto que su futuro sufre serias limitaciones: la mayoría interrumpe su educación, de manera que tendrán pocas oportunidades de acceder al mercado laboral, dificultándose la crianza de los hijos y la estabilidad del hogar.

En el mismo orden de ideas, Flórez, et al. (2013) sostienen que las consecuencias del embarazo durante la adolescencia son amplias — deserción escolar, pérdida de oportunidades de ingresos futuros, rechazo familiar y social, dificultades emocionales, físicas y financieras — siendo en su mayoría de carácter negativo y mucho más cuando este ocurre en la primera adolescencia y fuera del matrimonio.

A su vez, el embarazo se considera un problema de salud pública en la medida en que algunas veces no es deseado y se opta por interrumpirlo. La legislación actual en Colombia establece que es legal abortar solo en tres circunstancias, lo cual favorece el uso de procedimientos poco seguros que ponen en riesgo la vida de las adolescentes.

Menkes y Suárez (2013) afirman que conforme mejoran las condiciones socioeconómicas existe mayor posibilidad de que el embarazo sea no deseado y se interrumpa. Prada, et al. (2011) estiman que una tercera parte del total de mujeres que tienen un aborto ilegal desarrollan complicaciones que necesitan tratamiento en una institución de salud.

Seguidamente se cita a Brahmbhatt, et al. (2014) señalan que el impacto del embarazo adolescente sobre la salud es significativo, con incrementos en riesgo de muerte materna, enfermedad y discapacidad, incluyendo fístula obstétrica, parto prematuro, complicaciones de aborto inseguro e infecciones sexuales transmitidas (incluyendo vih).

A su vez, Reyes y González (2014) sostienen que el embarazo que sucede en mujeres menores de 20 años es de alto riesgo por la alta incidencia de complicaciones obstétricas que se registran en comparación con mujeres de otros grupos de edad, lo que conlleva a una alta tasa de mortalidad materno-infantil, o partos laboriosos y hemorragias, entre otras complicaciones.

Además tiene consecuencias biológicas tales como ganar poco peso durante el embarazo, sufrir hipertensión inducida por el embarazo, preclamsia, anemia y desproporción cefalopélvica que en ocasiones muy extremas conducen a la muerte de la madre o del hijo. Así mismo, los hijos de padres adolescentes tienen un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad durante el periodo neonatal, en especial por la falta de desarrollo físico, emocional y de conocimientos sobre salud y cuidados por parte de la madre Flórez, et al., (2015).

4.2.Marco Teórico – Conceptual

El embarazo precoz constituye un riesgo para la protección de la vida y la salud de los niños, las niñas y sus madres, antes, durante y después del nacimiento. Puesto que el cuerpo de la mujer pasa por importantes transformaciones funcionales durante la adolescencia, la gestación en

esta etapa puede ocasionar varias complicaciones de salud para la madre y el bebé, debido al pronunciado esfuerzo fisiológico que exige sostener ambos procesos.

De lo antes expuesto, es notorio mencionar que es así como se incrementa la probabilidad de dificultades como: hipertensión (preeclampsia), placenta previa, anemia materna, bajo peso al nacer, prematuridad, ictericia neonatal, síndrome de dificultad respiratoria, sepsis, malformaciones congénitas y otras circunstancias durante el embarazo y el nacimiento, que representan un riesgo tanto para la vida y el desarrollo del bebé, como para la salud y bienestar de la madre.

En el mismo orden de ideas, debido a la etapa de crecimiento en que se encuentra el cuerpo de la adolescente y a la inmadurez del cuello uterino para resistir un parto natural, hay una mayor probabilidad de recurrir a intervenciones quirúrgicas (cesárea) al momento del nacimiento, lo cual implica asumir, adicionalmente, los riesgos ligados a este tipo de procedimientos.

Así, se considera el embarazo en adolescentes como el resultado de una compleja interrelación de diversos factores. Para organizar la discusión y justificar la estrategia de estimación, se propone, con base en una revisión de literatura nacional e internacional, el siguiente modelo conceptual.

Gráfico 2. Determinantes del Embarazo Adolescente



Fuente: Investigadora con base en (Flórez, 2015).

4.2.1. El Contexto Familiar

Heckman (2012), considera el contexto familiar como la red social más cercana a las personas que determina el nivel económico y educativo en el que se desenvuelven las y los adolescentes y es, además, dónde se heredan los valores fundamentales de la vida (la religiosidad y otras variables no cognitivas, como la autoestima, la perseverancia, la disciplina, la resiliencia, la fuerza de voluntad, la ambición).

Además, se ha comprobado que la familia influye en la construcción del capital humano y es fundamental para determinar el éxito o fracaso de las personas (Heckman 2012). Los padres y, en general otros miembros del hogar, son el ejemplo más cercano que tienen las y los adolescentes.

Es por esto que el contexto familiar no es ajeno en la determinación de las actitudes y decisiones que tienen los adolescentes con respecto a su sexualidad. Actualmente, se ha identificado que el nivel de ingreso familiar y, sobre todo la pobreza familiar, son dos de los factores del contexto familiar que afectan el embarazo en adolescentes Mchunu et al. (2012).

Asociado al ingreso y al nivel de pobreza familiar, la educación de los y las adolescentes y la educación de los padres también se han reconocido como variables asociadas al embarazo adolescente. Algunos estudios han mostrado los efectos de la pobreza y la escolaridad en el embarazo adolescente: las adolescentes que viven en un hogar con pocos ingresos tienen muchas probabilidades de desertar del sistema educativo por falta de recursos.

Asimismo, cuando los padres tienen un bajo nivel educativo, es probable que valoren menos la educación de sus hijas y que éstas deserten. Debido a la deserción escolar, los y las adolescentes no tienen acceso la educación sexual y reproductiva y cuentan con mucho tiempo libre, el cual las hace vulnerables a un embarazo temprano.

4.2.2. El Contexto Comunitario

Es el segundo círculo social en el que se desenvuelven las personas y que puede influir en el embarazo adolescente a través de dos canales. El primer canal es el capital social y económico de la comunidad: las oportunidades laborales, en gran medida determinadas por el nivel de pobreza de la comunidad, la generación de empleo y el tamaño de la comunidad (Coley y Chase-

Lansdale, 2014). El segundo potencial canal es el efecto que tienen los pares en el comportamiento de las personas. Para otros resultados sociales, como los educativos, se ha comprobado que el ejemplo de pares en la misma comunidad puede llevar a que las personas tengan el mismo comportamiento. Esto puede suceder con el embarazo adolescente.

Asimismo, autores como (Ford, Sohn y Lepkowski, 2012) muestran que un factor importante que influye en la fecundidad en adolescentes es el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual. Una de las explicaciones sobre este fenómeno es que las y los adolescentes que utilizan algún método anticonceptivo en la primera relación sexual, son más conscientes de la importancia de utilizar estos métodos y tienen más conocimiento sobre éstos, por lo que la probabilidad de usar anticonceptivos en sus próximas relaciones sexuales aumenta. Sin embargo, es importante mencionar que algunos autores (Manlove, Ryan y Franzetta, 2010) consideran que las características individuales de las distintas parejas cambian la dinámica del uso de anticonceptivos.

Así por ejemplo, si la pareja de la adolescente tiene mayor edad que ella y éste se niega a utilizar un método anticonceptivo, la posible relación de poder que existe (determinada por la edad) puede influenciar la decisión de la adolescente para utilizar o no alguno de los métodos de anticoncepción.

4.2.3. Factores próximos a la fecundidad

Postergar el inicio de las relaciones sexuales, así como usar métodos anticonceptivos desde la primera relación sexual, son las mejores prácticas para prevenir un embarazo adolescente. Estos dos factores se derivan del comportamiento de las mujeres con respecto a su sexualidad y vida reproductiva, por lo que afectan de manera directa la fecundidad. A estos factores se les denomina factores próximos a la fecundidad.

De acuerdo con la literatura, la edad de la primera relación sexual está altamente correlacionada con el embarazo en las adolescentes (Lau Lin Flores, 2015). Estos estudios indican que, a mayor edad de la primera relación sexual, menor la probabilidad de tener un embarazo en la adolescencia. Esto se debe, en parte, a que las adolescentes que postergan la primera relación sexual han estado expuestas a información y educación sobre la reproducción y la sexualidad por más tiempo. Por este motivo, pueden tomar decisiones más informadas y prevenir un embarazo a edad temprana (González, 2009).

4.2.4. Las Políticas Públicas

En prácticamente todos los países se establecen políticas públicas para controlar la expansión demográfica y, en algunos países, para asegurar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El enfoque y las acciones que los Estados toman en este sentido dependen principalmente del contexto y de las características de la población.

En la ciudad de Barranquilla, existen políticas para el seguimiento, evaluación financiación que corresponden a la mujer, esto incluye la elaboración de un Comité interinstitucional Distrital integrado por las entidades públicas, y privadas, organizaciones no gubernamentales relacionadas con el tema y las organizaciones de mujeres.

Será un espacio de concertación, interlocución y coordinación de la política pública de las mujeres y géneros, el cual tendrá su propio estatuto de funcionamiento, tomará las decisiones y agenda en forma articulada y establecerá cada año su Plan de trabajo para realizar seguimiento trimestral y evaluará al final de cada vigencia. Las entidades que lo integran son:

Tabla 1. Entidades que integran el plan de trabajo

Entidad	Derechos
Alcaldesa, alcalde	Preside
Secretaría de Educación	Educación
Secretaría del Interior y Convivencia	Participación, convivencia y seguridad
Secretaría de Salud	Salud
Secretaría de Desarrollo Económico	Emprendimiento y productividad
Secretaría de Comunicaciones	Difusión y comunicación
Secretaría de Planeación Distrital	Seguimiento a todos los derechos
Secretaría de Cultura	Promoción cultural y lúdica
Gestión Social	Secretaría técnica
Comisaría de Familia	Atención entre otras responsabilidades para las mujeres víctimas de violencias
Ministerio Público	Cumplimiento de los derechos humanos
Policía Nacional	Atención a la comunidad

Sena Regional Atlántico	Capacitación, trabajo e ingresos
ICBF Regional Atlántico	Atención a la comunidad, atención a la familia
Ministerio de Vivienda	Hábitat digno
Organizaciones no gubernamentales	Gremial
Organizaciones de mujeres	Gremial
ICBF Regional Atlántico	Atención a la Familia
Organizaciones de mujeres	Responsabilidad social en defensa de los derechos de las mujeres
Universidades	Investigaciones
Comunidad internacional	
Consejo Local de Mujeres, entre otras	Veedor y gestor del cumplimiento de los derechos de las mujeres

Fuente: Construcción de las políticas públicas de mujeres en Barranquilla, 2018.

Establecerá mecanismos y espacios de comunicación eficiente y eficaz y de doble vía que garanticen la circulación de la información en todos los niveles.

Efectuar acciones de difusión utilizando todos los mecanismos posibles que permitan visibilizar, sensibilizar para generar un consenso sobre la necesidad de implementar las Políticas Públicas, entre otros: La página Web de la Alcaldía Distrital de Barranquilla, Prensa local, la página Web del Proyecto, boletines de prensa.

Utilizar Plataformas virtuales de las organizaciones sociales, universidades, Comunidad internacional para generar procesos masivos e interactivos de socialización.

La Política Pública de Mujeres en Barranquilla, es una estrategia que requiere de la negociación, concertación e interlocución permanente del Comité Interinstitucional para hacer realidad el mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres barranquilleras, y sus actividades son:

Establecer mecanismos de articulación, concertación, interlocución y responsabilidad de las entidades comprometidas con el mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres barranquilleras.

Elaborar estrategias de vigilancia, seguimiento, implantación y control de las Políticas Públicas.

Exhortar la garantía de la voluntad política de las entidades del Estado por hacer efectiva las Políticas Públicas de mujeres y géneros.

Establecer un plan de trabajo guía para la implementación de la Política a mediano, corto y largo plazo con plan anual.

Realizar acciones de fortalecimiento y promoción de la transversalización de los enfoques de equidad de género y derechos en las dependencias y entidades del Distrito.

Presentar informe a los organismos competentes semestrales, sobre los logros y dificultades de la Política Pública.

Construir cada año el Plan Operativo con su respectivo presupuesto de inversión, el cual será presentado en espacios consultivos para posibilitar el seguimiento y veeduría de las organizaciones de mujeres.

Las Políticas Públicas buscan garantizar espacios adecuados para el desarrollo integral de las mujeres barranquilleras a partir de la reivindicación de su dignidad y derechos. El Comité Interinstitucional ejercerá las acciones de seguimiento a través de la creación de mecanismos de seguimiento y control e interrelación con el Comité de Veeduría de Mujeres y las entidades de control.

4.2.5. Los “tres hitos” en la vida sexual y reproductiva de las mujeres

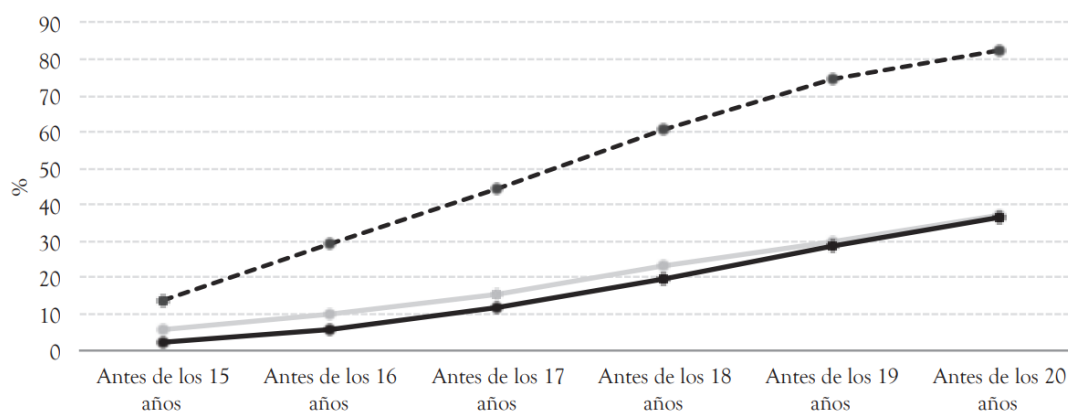
Di Cesare (2013) llama los “tres hitos” en la vida sexual y reproductiva de las mujeres a: 1) la ocurrencia de la primera relación sexual; 2) la primera unión; y 3) el primer hijo. El análisis en particular de la edad a la primera relación sexual evidencia la gran brecha entre el inicio de la actividad sexual respecto al inicio de la unión y la maternidad.

Cerca del 80% de las mujeres entre 20 y 24 años tuvieron una relación sexual en su etapa adolescente, la cual no es simultánea a la ocurrencia de la maternidad y la unión. La frecuencia de estos eventos se acelera a partir de los 17 años. En los primeros años de adolescencia se

mantienen porcentajes bajos. Antes de los 16 años se observa una estrecha relación entre los tres fenómenos, que se dispersa a edades mayores.

Este escenario también nos revela un mayor riesgo de ocurrencia de embarazos no planeados, que en 2008 representaron un 67% del total de embarazos ocurridos en Colombia (Prada, et al., 2011). De este 67%, un 29% termina en abortos inducidos, 29% en nacimientos y 9% en abortos espontáneos. Prada, et al. (2011) ofrecen cuatro explicaciones de la alta incidencia de embarazos no planeados en Colombia: 1) las preferencias de las mujeres por un menor número de hijos, que se evidencian en las diferencias entre la fecundidad observada y deseada, la cual va disminuyendo a medida que el estrato socioeconómico es más alto; 2) características del uso actual de métodos anticonceptivos; 3) mayor actividad sexual y demanda insatisfecha en mujeres jóvenes; y 4) aumento de la población desplazada, explicado por las condiciones de violencia interna.

Gráfico 3. Porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años que había tenido una relación sexual, se había unido y había tenido un hijo, 2010



Fuente: ENDS 2010.

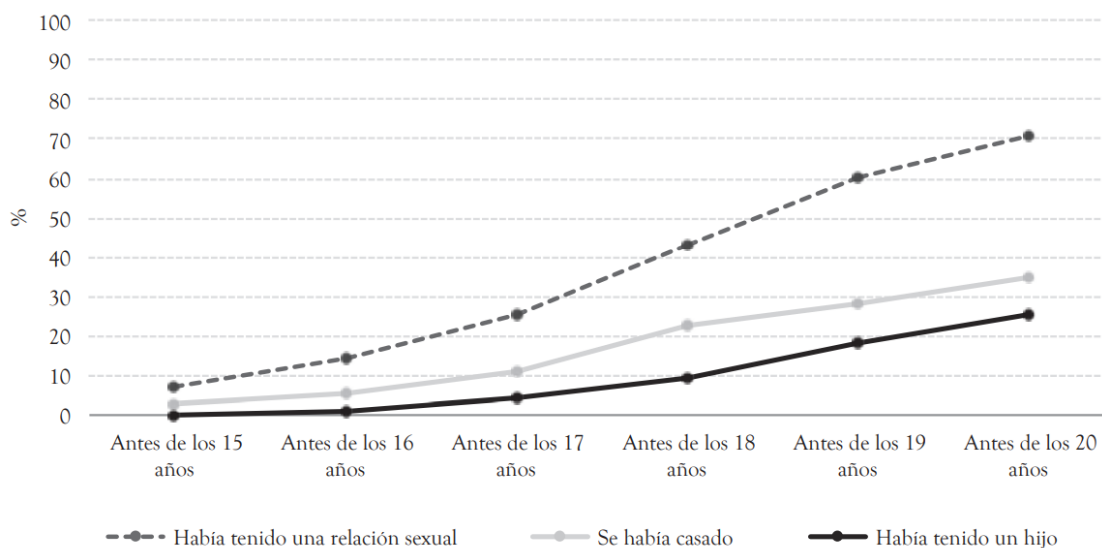
Por otra parte, es notorio mencionar que el Departamento del Atlántico muestra una realidad similar a la tendencia nacional. Si bien se mantiene la gran brecha entre la actividad sexual y el inicio de la unión y la maternidad, en el Atlántico la actividad sexual es casi 10 puntos porcentuales inferior al valor nacional, 71,1% comparado con 82,4% para Colombia como un todo Camargo (2016).

En cuanto a la edad mediana en que ocurren los “tres hitos” (primera relación sexual, primera unión y primer hijo), se observa, tanto en el agregado nacional como por zonas y regiones, que, en 2010, la edad promedio de la primera relación sexual era a los 16 años; la primera unión, a los 17, y el primer nacimiento a los 18.

Existe una diferencia de un año, en promedio, entre el inicio de la actividad sexual y la unión, así como entre esta última y el primer nacimiento. Esta brecha sugiere que la mujer adolescente es más propensa a embarazos no planeados y a contraer Enfermedades de Transmisión Sexual (ets) (Juárez, et al., 2010), debido a factores como necesidades no satisfechas de anticoncepción, baja percepción de riesgo, y un contexto de permisividad y aceptación a la maternidad temprana.

Camargo (2016), menciona que las cifras por departamento muestran que en el Atlántico la edad mediana de la primera unión es a los 17 años y el inicio de la actividad sexual se da a una edad mayor que en Colombia (17 años, frente a 16 a nivel nacional), al igual que el primer nacimiento.

Gráfico 4. Porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años que había tenido una relación sexual, se había unido y había tenido un hijo, 2010



Fuente: ENDS, 2010.

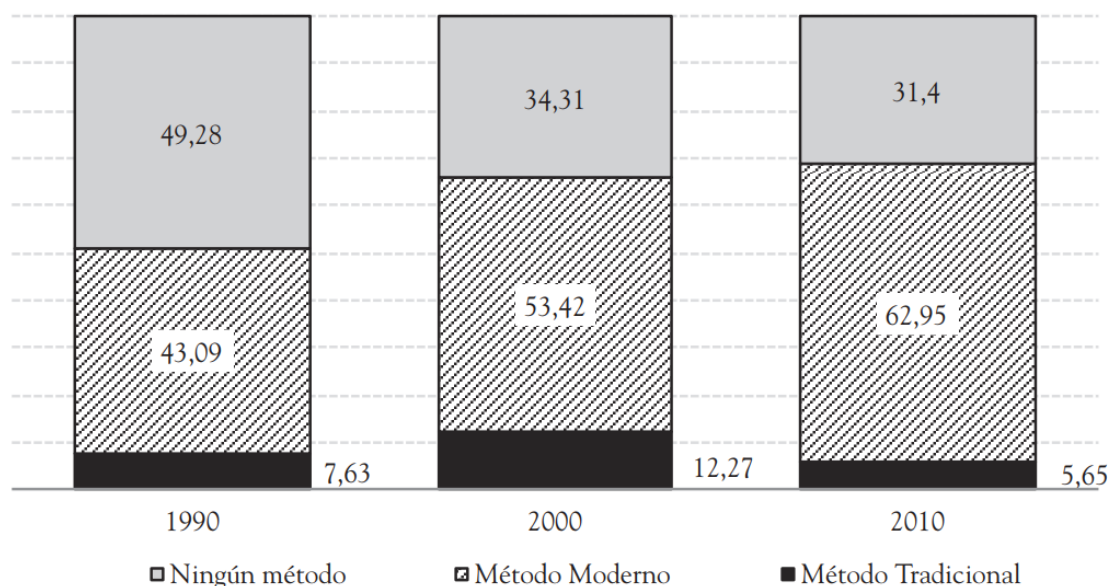
4.2.6. Conocimiento de Métodos Anticonceptivos

Vargas, et al. (2012) reportan que, en 2010, 80% de las adolescentes colombianas tuvo acceso a algún tipo de información acerca de la sexualidad. De estas, 61% reportó haber asistido a conferencias sobre educación sexual, 33%, a clases exclusivas de sexualidad y 23% a talleres sobre el tema. Del porcentaje que tuvo acceso a dicha información, 30% reportó que le fue dictada por profesores de biología o anatomía, 19% la obtuvo del profesor de educación sexual, 19% de un asesor del hospital o centro de salud, 17% del profesor de ética, 9% del psicólogo y 9% de un profesor de otra materia. Es decir, las fuentes de información en temas de sexualidad se pueden clasificar en tres grupos: familia, escuela y servicios de salud.

Los métodos anticonceptivos son tres según Pro familia: folclóricos, naturales y modernos. Los folclóricos se derivan de prácticas populares respecto a la prevención de embarazos. Los naturales no emplean mecanismos de protección externos al cuerpo, sino que se basan en el funcionamiento de los órganos reproductivos de hombres y mujeres (ritmo, coito interrumpido, etc.). Los modernos ayudan a prevenir el embarazo a través de elementos ajenos al cuerpo, tales como condón, píldoras, vasectomía, etc.

En Colombia, entre 1990 y 2010, se registró un incremento significativo en el uso de métodos modernos, acompañado de una reducción del uso de métodos tradicionales (folclóricos y naturales) y del no uso. Singh y Darroch (2012) identifican tres beneficios que genera el incremento del uso de este tipo de métodos: disminuye la incidencia de embarazos no planeados, ayuda a disminuir las muertes maternas, y disminuye los costos de los nuevos nacimientos, debido a la reducción de los no planeados.

Gráfico 5. Distribución porcentual de mujeres casadas y en unión libre de 15 a 24 años según su uso de anticonceptivos, 1990, 2000 y 2010.



Fuente: ENDS 1990, 2000 Y 2010.

4.2.7. Uso de anticonceptivos y educación sexual

La adolescencia marca una etapa de la vida llena de cambios complejos. En esta etapa los y las adolescentes deben prepararse para su papel futuro, adquirir conocimientos y destrezas que les permitan desempeñarse socialmente, a fin de desarrollar autonomía y establecer relaciones afectivas con los miembros de su familia y con los demás integrantes de la sociedad.

Partiendo de lo anterior expuesto, cabe destacar que se han realizado diversos estudios para identificar los conocimientos y el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes. Rengifo, (2015), reportaron que la edad de inicio de relaciones sexuales fue en promedio de 13 años, con conocimientos altos, pues 90.5% de los adolescentes reportó haber recibido información sobre

sexo y embarazo, la mayor fuente de información fueron sus padres (67.5%) y en este reporte el condón fue el método más utilizado.

Asimismo, el Ministerio de Educación Nacional (2018), estima que en el conjunto del territorio se producen 150.000 nacimientos anuales en madres entre los 15 y los 19 años y 6.500 nacimientos en niñas menores de 14. Muchas de estas madres, en edad escolar, abandonan los estudios para encargarse de sus hijos, por lo que Instituto Colombiano de Bienestar Familiar DESARROLLA CAMPAÑAS D SENSIBILIZACIÓN frente al uso de los métodos anticonceptivos en el Atlántico para reducir cifras alarmantes de decersión por embarazo, niñas y adolescentes que dejan sus estudios por estos motivos.

De acuerdo a esto es importante recalcar que la Organización de las Naciones Unidas (2017), describe que:

Colombia es un país ejemplo en América Latina en cuanto al conocimiento y uso de métodos anticonceptivos”, De acuerdo con cifras del organismo, el 73% de las mujeres de 15 a 49 años en el país usa anticonceptivos modernos. Los departamentos que más los usan son Quindío y Caldas (81 %); Risaralda (78 %), y Nariño y Boyacá (77 %). Los de menor uso son Vaupés (47%) y Amazonas (53.5%).

4.2.8. Enfoques para la prevención del embarazo en el adolescente

Enfoque tradicional: Provisión de información para la toma de decisiones.

Tradicionalmente, las intervenciones de prevención se basan en la provisión de educación en salud sexual y reproductiva (SSR) fundamentándose en que un mayor acceso a la información mejoraría la toma de decisiones por parte de los adolescentes, de manera a que puedan evitar por sí mismos conductas de riesgo que resulten en un embarazo no planeado Alemán et al. (2017).

Es por ello que, en la actualidad, los currículos sobre SSR aún mantienen un mensaje sobre la importancia de comportamientos sexuales saludables como la abstinencia sexual o la reducción del número de parejas sexuales, pero se complementan con provisión de información más amplia y moderna sobre una prevención que empodere a los adolescentes en el control en la toma de decisiones basado en información sustantiva. De esta manera los programas se han ido adaptando a la compleja realidad que viven los adolescentes en la región.

En este sentido, en los últimos años se ha prestado especial atención a las características psicosociales de los adolescentes y la mayoría de los programas de educación han incorporado herramientas de negociación y planeación de vida que intentan mejorar capacidades como autoestima, empatía y autocontrol.

Adicionalmente, se observa una tendencia en innovar la provisión de información sobre SSR para hacerlos más amigables y confidenciales para asegurar así un compromiso más activo

de los adolescentes. Ejemplos de esto son los servicios complementarios como consejería y atención especializada, distribución de métodos anticonceptivos, actividades extracurriculares recreacionales (deportes, teatro, etc.) y laborales (capacitaciones y pasantías) y la utilización las plataformas digitales y las redes sociales para transmitir estos tipos de mensajes.

Enfoque de derechos: Propiciar un contexto que respete los derechos de los adolescentes. La perspectiva de derechos surge en parte como una reacción contra el enfoque tradicional de prevención enfocado en cambiar el comportamiento de los adolescentes como solución, ya que es muy probable que el contexto que los rodea conspire contra una capacidad real de poder tomar decisiones significativas.

Los expertos que apoyan este enfoque apuntan principalmente al desarrollo de una institucionalidad y un marco sociocultural donde se respeten los derechos fundamentales de las niñas y adolescentes para que dispongan de opciones válidas para tomar decisiones más saludables en relación a su sexualidad y reproducción. Una coyuntura mejorada en este sentido ofrecería oportunidades que permitirían romper con aquella percepción y valoración cultural que la única opción de las niñas y adolescentes para realizarse como mujeres es la maternidad. Esto permitiría una transición exitosa de las mismas a la adultez donde la visualización de un proyecto de vida más amplio es posible.

Entre estas intervenciones se encuentran aquellas que evitan las uniones a edad temprana y la violencia y coacción sexual a partir de un fortalecimiento del marco legal y una disminución de los prejuicios culturales-tradicionales. También aquellas que garantizan una mayor

participación escolar en el mediano plazo y oportunidades laborales en el largo plazo como reformas educativas que amplíen el horario escolar o convenios estudiantiles-laborales, entre otros.

En este grupo de intervenciones también se pueden identificar aquellas de sensibilización y comunicación que promuevan una familia empática con la situación de los adolescentes de hoy. Por último, como el fenómeno del embarazo adolescente está asociado con un contexto de vulnerabilidad, en este grupo también se incluirían políticas gubernamentales que intentan mejorar factores socioeconómicos como la pobreza, la desigualdad y el empleo.

Enfoque integral: Intervenciones multicomponentes, multisectoriales y multiniveles.

Teniendo en cuenta lo expuesto, existe un consenso general en la actualidad de recomendar políticas que puedan integrar ambos aspectos: intervenciones que mejoren la capacidad de tomar decisiones por parte de los adolescentes hacia comportamientos menos riesgosos con aquellas que permitan una coyuntura donde se respeten sus derechos teniendo en cuenta sus deseos, planes e inquietudes y ofreciendo mayores oportunidades que promuevan su desarrollo.

Por lo tanto, de acuerdo a nuestra visión, las políticas de prevención deben caracterizarse como:

a) Multicomponente: Deben presentar criterios transversales mediante múltiples líneas de acción simultánea y complementaria que atiendan diferentes factores de riesgo.

b) Multisectorial: Debe involucrar a sectores gubernamentales, de la sociedad civil y del mundo empresarial en diferentes ámbitos (educación, salud, juventud, etc.) haciendo partícipes a diferentes actores (adolescentes, familia, educadores, servidores comunitarios, agentes sanitarios, etc.).

c) Multinivel: Requiere diferentes decisiones a nivel local/comunitario, departamental/provincial, y nacional.

4.3.Marco Legal

La normatividad en cuanto al embarazo en las niñas y adolescentes, se basa en distintas leyes y normas tales como la Constitución Política, la Ley 115 de 1994, la Ley 1098 de 2006, la Ley 1146 de 2007, el Decreto 3039 de 2007, la Ley 1257 de 2008, el Decreto 2968 de 2010, que pueden ser aplicadas para lograr la reducción del embarazo en la adolescencia. A lo anterior se suma que se han firmado diferentes Pactos, Conferencias, Convenios y Convenciones Internacionales de los cuales Colombia es Estado signatario.

En líneas generales, y tomando como base en la Constitución de 1991 se ha inferido que los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) forman parte de los derechos fundamentales y de los Sociales, Económicos y Culturales (DESC), como lo ha señalado la Jurisprudencia Constitucional, por ejemplo, en la sentencia T-926/99 y en la T-605/07.

De lo antes expuesto, la Corte Constitucional emitió la sentencia T-440/92, estableciendo la necesidad de abordar la educación sexual en el país. Por lo antes expuesto, el Ministerio de Educación Nacional le otorgó carácter obligatorio a la educación sexual en las instituciones educativas mediante la Resolución 3353 de 1993 (fundamento del Proyecto Nacional de Educación Sexual formulado en 1993)

La Ley General de Educación ratifica la obligatoriedad de la educación sexual, “impartida en cada caso de acuerdo con las necesidades psíquicas, físicas y afectivas de los educandos según su edad” y reconoce a la familia como primer responsable de los hijos (Artículo 7). El Decreto 1860 de 1994 establece que dicha “...enseñanza se cumplirá bajo la modalidad de proyectos pedagógicos. La intensidad horaria y la duración de los proyectos se definirán en el respectivo plan de estudios”.

Por su parte, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2003 retoma diversos antecedentes jurídicos y políticos, nacionales e internacionales, entre los que se destacan la Constitución Política y sus desarrollos, la Resolución 8514 de 1984 “por la cual se establecen normas sobre regulación de la fertilidad”, la Ley 12 de 1991 “por medio de la cual se aprobó la Convención sobre los Derechos del Niño”; la Ley 100 de 1993 en la que señala que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) debe garantizar el acceso a los servicios de promoción y desarrollo de la SSR y prevención de ITS, formalizó la consejería en planificación familiar como uno de los servicios básicos para los usuarios en edad reproductiva; y la Resolución 412 de 2001 “por medio de la cual se adoptan las normas técnicas y guías de

atención que definen las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, normas de detección temprana y guías de atención y recuperación”.

En el mismo orden de ideas, es necesario mencionar que Colombia cuenta con instrumentos que abogan por los DSR de los niños, niñas y adolescentes tales como el Convenio 182 de la OIT (Ley 704/01), “sobre las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación”; el Estatuto para prevenir y contrarrestar la explotación sexual infantil, la pornografía y el turismo sexual con menores (Ley 679/01); la Unidad Investigativa de Conductas relacionadas con trata de personas, violencia sexual y menores víctimas (Res. 0-5244/04); y el Plan de Acción Nacional para la Erradicación de la Explotación Sexual Comercial Infantil de Niños, Niñas y Adolescentes.

Siguiendo con lo antes expuesto el Departamento del Atlántico formula el programa de Alianza MES como resultado de la articulación entre la Secretaría de la Mujer y Equidad de Género, la Secretaría de Educación y Secretaría de Salud para desarrollar e implementar la estrategia que busca reducir el embarazo en adolescentes en el Departamento del Atlántico.

Crisálida es el nombre del programa al que le apuesta la Alianza para responder de manera integral a una problemática que requiere ser atendida desde múltiples causas debido a que el embarazo en adolescentes es una problemática latente en el Departamento, que debe ser intervenida desde sus distintos componentes. El programa estará dirigido para las niñas, niños, adolescentes y jóvenes del Departamento, entre los 6 y los 19 años de edad.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1.Tipo de Investigación

Según (Tamayo, 2004) en su libro Proceso de Investigación Científica, la investigación descriptiva “comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la composición o proceso de los fenómenos. El enfoque se hace sobre conclusiones dominantes o sobre grupo de personas, grupo o cosas, se conduce o funciona en presente”.

Por lo antes planteado, el nivel para llevar a cabo este proceso de investigación se considera descriptiva, ya que se estudia lo que se va a describir y los estudios se hacen en la realidad, es decir, se describen sus componentes principales.

La investigación es desarrollada bajo el enfoque cualitativo y con un diseño descriptivo. En tal sentido, de esta manera se logra conocer la realidad del tema planteado, así mismo interpretar las causas y posibles soluciones del problema que dan lugar a esta investigación.

5.2.Método

En este trabajo de investigación se utiliza el método deductivo ya que va de lo general a lo particular lo cual permite tener un razonamiento lógico propio que llevara a las conclusiones esperadas por este proyecto.

5.3.Fuentes: Técnicas e Instrumentos de Investigación

Las técnicas e instrumentos investigativos que se emplearan son: el análisis documental, la observación directa y la revisión bibliográfica.

6. ANÁLISIS DE RESULTADOS

6.1. Diagnóstico de la situación problemática en el Departamento del Atlántico

Con base en una publicación de UNICEF (2017) Naciones Unidas Para la Infancia, anualmente dan a luz 15 millones de adolescentes entre los 15 y 19 años en toda la geografía mundial, pero lamentablemente el 90% de éstos ocurren en países en desarrollo, es decir, en países en donde factores asociados a la pobreza, como la baja escolaridad, las necesidades básicas insatisfechas y la inseguridad resultante de esta combinación de factores, se convierten en un caldo de cultivo seguro para disparar los embarazos no deseados en niñas y adolescentes.

El consorcio de universidades Global Virtual University (2007), que trabaja bajo los auspicios de la Universidad de Naciones Unidas, publicó una tabla con los países con mayor tasa de natalidad entre adolescentes y México se encuentra en la lista encabezando por Latinoamérica, Colombia no está cerca del primer lugar, pero asusta el crecimiento de las incidencias.

Es posible que suene extremadamente cruel decirlo, pero la pobreza es un detonante de los males sociales que se relacionan con la telaraña que obliga a que la pobreza traiga más pobreza.

El embarazo precoz en niñas y adolescentes abarca poblaciones con edades comprendidas entre 15 y 19 años, los factores más relevantes que resaltan este hecho son el conocimiento escaso, el uso bajo de anticonceptivos, uniones maritales a temprana edad, bajos niveles de

educación, la falta de interés en el estudio y otros. Este último punto es de mucha importancia debido a que los adolescentes de la región no consideran a la educación como un opción o método para la mejora de la calidad de vida, así también carecen de incentivos para evitar el embarazo y no tener proyectos o planes para su vida.

En el mismo ámbito, otro factor clave en el embarazo precoz es la presión por parte de amigos y compañeros en iniciar actividad sexual a corta edad. También es destacado la falta de orientación y asesoramiento de padres con respecto al tema.

Otros factores asociados a la problemática son ser criados por personas diferentes de los padres, consumo excesivo de alcohol y una estructura psicológica poco desarrollada por el adolescente debido a todo lo anterior expresado.

Las consecuencias de todo lo enunciado radican en limitaciones bastante enmarcadas para el adolescente, como la interrupción de la educación, lo que genera oportunidades pocas para pertenecer a un ambiente laboral, esto directamente proporcional a dificultades en la crianza de hijos, oportunidades de ingreso limitado, e inestabilidad en el hogar. También se considera que el embarazo precoz es un problema de salud pública, ya que muchas veces, el embarazo es no deseado, lo que genera interrupción del embarazo (aborto).

La legislación Colombiana, establece que solo es legal abortar en tres escenarios: malformación del feto, peligro para la vida de la madre y embarazo derivado de una violación,

incesto y a fines, para todos los casos adicionales a los expuestos existe penalización para el acto, debido al riesgo al que se exponen tanto la madre como el hijo a nacer.

En el mismo orden de ideas existen indicadores como las Tasas de Fecundidad por edad, que son emitidas para grupos de edad de 15 a 19 años, estas son la Tasa de Fecundidad Adolescente (TFA). Definidas como el número medio de nacimientos por mujer ocurridos durante el periodo de tiempo analizado para cada uno de los grupos quinquenales de edad (Welti, 2011, p. 109). En este sentido la Tasa Específica de Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años o Tasa de Fecundidad Adolescente (TFA) es el número de nacidos vivos de madres de 15 a 19 años de edad durante un intervalo de tiempo dado, por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años.

Otro indicador importante es la Tasa Global de Fecundidad (TGF), que representa “el número de hijos que, en promedio, tendría una mujer de una cohorte sintética de mujeres no expuestas al riesgo de muerte desde el inicio hasta el fin del periodo fértil” (Ibíd., p. 112).

Una de las principales causas del embarazo adolescente es el conocimiento escaso de uso de métodos anticonceptivos, así lo expone la fundación Tanque de Pensamiento (una fundación de desarrollo del Caribe). Los resultados obtenidos apuntan que en el Atlántico el 49% de las mujeres entre edades comprendidas de 13 y 24 años, con vida sexual activa, no usa ningún tipo de anticonceptivos, además un 9% dice tener utilización de métodos tradicionales (coito interruptus o método del ritmo), los cuales son poco confiables en la prevención de embarazos.

La directora de FUNDESARROLLO, Cepeda Laura, señala que: “Es preocupante el bajo uso de métodos anticonceptivos, que se suma a los métodos naturales, pues estos tienen altas probabilidades de permitir el embarazo y de transmitir enfermedades”.

Respecto a métodos modernos, el estudio anterior mencionado destaca el uso de condón en un 13%, 10% inyecciones, 10% pastillas, 2% DIU, 4% esterilización femenina, 2% Nortplan y 1% mela, (Martes y Sierra, 2010).

Siguiendo con el desarrollo de ideas y factores numéricos, cuando se analiza la TFA a nivel de zona de residencia urbana, se observa que para 2010 la tasa fue de 59 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes, lo que representa una reducción de 21% respecto al valor del año 2000. Para las zonas rurales la tasa fue de cero, visualizado en la tabla 1.

Tabla 2. Departamento del Atlántico, Tasas globales y específicas de fecundidad.

Variables	TGF			TFA			% Madres adolescentes		
	2000	2010	Cambio porcentual	2000	2010	Cambio porcentual	2000	2010	Cambio porcentual
Total	2,7	2,6	-5,9	76	56	-26,2	29,6	25,6	-13,5
Por zona									
Urbana	2,5	2,7	8,9	75	59	-21,1	28,1	24,1	-14,2
Rural	4,0	0,9		83	0	-100,0	53,6	48,6	-9,4
Por estrato socioeconómico									
Muy bajo	4,3	2,5	-40,9	236	148	-37,1	57,7	73,9	27,9
Bajo	2,9	2,6	-8,5	60	72	20,5	42,9	41,9	-2,1
Medio	2,5	2,8	11,4	40	38	-6,5	26,8	28,7	7,0
Alto	1,9	2,9	52,7	29	44	51,4	16,5	13,3	-19,5
Muy alto	1,5	1,8	15,9	59	28	-53,0	13,4	2,0	-84,9
Por nivel educativo									
Primaria + Sin educación	4,0	2,5	-35,7	92	75	-18,4	55,6	66,4	19,5
Secundaria	2,6	2,6	0,2	80	54	-32,3	36,7	44,0	20,1
Universitario	1,5	2,5	62,4	0	72	~	3,3	3,4	0

Fuente: ENDS 2010.

Respecto a la proporción de madres adolescentes, se encuentra que 48,6% de las mujeres entre 20 y 24 años que habitaban zonas rurales reportó ser madre entre los 15 y los 19 años, frente a un 24% de las zonas urbanas.

En cuanto a los estratos, es posible observar que al igual que en el agregado nacional, se presenta una disminución paulatina de la tasa a medida que el estrato se incrementa. Se destaca

la variación de la TFA entre 2000 y 2010 en los estratos bajo y alto, con un porcentaje de incremento de 20% y 51%, respectivamente.

En tema de educación se encuentran tendencias interesantes. La TFA tiene una forma de U, alcanzando sus valores extremos en las mujeres en el grupo de primaria y sin educación y en el universitario. La maternidad adolescente se reduce a medida que se incrementa el nivel de educación, siendo de 66% en las mujeres sin educación primaria, de 44% en quienes tienen nivel de secundaria y de 3,4% en universitario.

En el caso objeto de estudio, es decir los embarazos tempranos, resulta paradójico el hecho de que las niñas de madres jóvenes, normalmente se conviertan en madres jóvenes, que por lo general procrearán hijos, y peor, hijas que probablemente abandonen, que puedan enrolarse en la delincuencia, en la drogadicción, que sean rechazadas por la sociedad, y finalmente se conviertan en otras madres que a muy temprana edad traigan hijos a la vida para que continúen con el ciclo de vida en la miseria, engendrando más miseria.

Para el caso que nos ocupa, a nivel nacional nacen en Colombia 408 hijos de padres adolescentes, sin que hasta el momento hubieran sido efectivas las políticas públicas para la disminución de esta cifra que va en aumento vertiginoso.

En el año 2015 el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) lanzó la campaña #YoCuidoMiFuturo ‘En lugar de un embarazo, mis sueños’, con el objetivo de prevenir el

embarazo infantil de padres cuyas edades oscilan entre 10 y 19 años. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2016), indica que el 19,5 por ciento de las adolescentes han estado alguna vez embarazada, es decir, que una de cada cinco adolescentes entre los 15 y los 19 años es madre o estuvo embarazada.

El Ministerio de educación nacional ha promovido incontables campañas de prevención al interior de los colegios, las cuales involucran además de los estudiantes, a los docentes y padres de familia. De la misma manera lo ha hecho la Iglesia Católica en el Atlántico a través de campañas de concientización en las homilías sacerdotales en los diferentes espacios de congregación de fieles, pero los frutos no han sido hasta hoy los esperados.

Las estadísticas oficiales en el departamento del Atlántico, dan cuenta de una especial incidencia de casos de embarazos tempranos en los Municipios, sobre todo en las zonas rurales de los mismos, de gran cantidad de niñas y jóvenes que quedan en embarazo.

En los asentamientos rurales del Atlántico, por lo general las niñas y adolescentes no asisten a la escuela por la precaria situación económica de la familia, así que no pueden ser objeto de las campañas preventivas que se generan al interior de las escuelas, por esa razón no pueden ser sujeto de fácil acceso a las campañas preventivas de las estrategias de prevención de embarazos tempranos que orienta en gobierno a través de distintas instituciones, ni tampoco son alcanzadas estas niñas y adolescentes por la propaganda preventiva de PROFAMILIA, porque de la misma manera, esta propaganda no llega, especialmente si se tiene en cuenta que en la

mayoría de familia de caseríos y asentamientos no posee televisor, o radio, computador o celular en la que puedan conectarse y tener vida en el Facebook.

Después de observar estas situaciones, es necesario que se propongan estrategias, proyectos, planes que mitiguen el incremento permanente de las cifras de embarazos tempranos que continúan creciendo.

En el orden de ideas ya expresado, se enlista como primera estrategia preventiva el hecho de que el acceso a la educación sea general y gratuita, así todas las niñas y adolescentes tendrán acceso a las campañas preventivas de los embarazos precoces, además de recibir incentivo a través del estudio para construir nuevos sueños y el deseo de salir adelante mediante su proceso formativo.

De otra parte, el hecho de que las niñas y adolescentes que habitan espacios rurales se escolaricen, trae como consecuencia que los padres asistan a las reuniones de las instituciones educativas y escuelas para padres, así recibirán campañas de prevención y tendrán la oportunidad de visionar un mejor futuro para sus hijas.

Entenderán, además, que si sus hijas llegan a ser mujeres educadas, podrán romper el círculo de pobreza en el que ellos han estado dando vueltas desde generaciones atrás.

En cambio, la situación que da origen a estos embarazos en la ciudad, específicamente en el departamento del Atlántico, hay referirse a la ciudad de Barranquilla, donde se evidencia a través de los datos recolectados, que las niñas y adolescentes tienen comportamientos sexuales temprano por la falta de enseñanza de valores y autocuidados al interior del hogar, por la ausencia de los padres y personas a cuyo cargo se encuentran, es decir, la falta de seguimiento a las amistades virtuales, a las amistades físicas, la ausencia de disciplina y respeto por las indicaciones de los mayores, hacen que las niñas sustituyan el amor de sus padres por parejas amorosas, que por lo general también son adolescentes, los cuales las abandonan al momento de enterarse que la joven se encuentra en estado de gestación.

Todo esto dispara la ocurrencia de casos de embarazos no deseados a temprana edad. Si el gobierno, ya sea nacional, regional, departamental o local, concibiera estrategias principalmente educativas que pudieran llegar a cada niña o adolescente en capacidad de concebir un hijo, la historia frente a este tipo de casos sería diferente. El haberse quedado solamente en el ámbito de la escuela ha sido una intención de política pública que desconoce a las niñas y adolescentes que se encuentran por fuera del sistema escolar, que es justo lo que ocurre en la mayoría del territorio en el caso del Departamento del Atlántico.

El ICBF y las demás instituciones públicas y privadas se han olvidado de las chicas que no van a la escuela, que no tienen acceso a los medios de comunicación y a las redes sociales por sus condiciones de vulnerabilidad, pues ellas y sus padres necesitan tener oportunidades de tener una mejor calidad de vida, ello mitigaría seguramente este flagelo social que tanto afecta a las niñas y adolescentes de este Departamento.

6.2. Política de salud sexual y reproductiva en las niñas y adolescentes.

La política nacional de salud sexual y reproductiva (SSR) definida en 2010 por el Ministerio de la Protección Social, constituye la respuesta institucional a las recomendaciones originadas en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), y en la Organización Mundial de la Salud.

Allí se destacaron los temas prioritarios para el caso de Colombia: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de las adolescentes y los adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual y reproductiva VIH/ SIDA, y violencia doméstica y sexual.

Para el caso actual, los adolescentes y las adolescentes, se ha visto la necesidad de destinar hacia esta población, políticas públicas y acciones de promoción de salud sexual y reproductiva, diseñadas estos, con su participación e implicando las redes sociales de pares, educadores y educadoras, y familia, entre otras, del mismo modo servicios de atención integrales, que respondan a las necesidades y características propias de su ciclo vital de desarrollo.

Es necesario resaltar que los adolescentes acuden con disposición a los servicios de consejería y atención y, por lo tanto, es indispensable que el medio refiera con mecanismos que les permitan aprovechar las oportunidades en que se acercan a solicitar orientación y/o servicios, de manera particular suministrarles métodos de control de la fecundidad y de protección contra

enfermedades de transmisión sexual (ETS y VIH/SIDA), y para que estos sean vinculados a programas específicos según sus necesidades.

Cabe resaltar que a la hora de trabajar con adolescentes, es de particular importancia trabajar los estereotipos, prejuicios y valores frente a la sexualidad, la reproducción y las relaciones de pareja y familiares, que perpetúan relaciones complejas entre los sexos y favorecen conductas de riesgo.

Así mismo, es evidente que la sola divulgación de información no es suficiente para desarrollar competencias sociales orientadas al estímulo de las condiciones que garantizan la toma de decisiones y el ejercicio de una sexualidad sana, libre, satisfactoria y responsable en esa etapa del ciclo vital.

Ahora bien durante los últimos años, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha dado pasos importantes para la inclusión de la salud sexual y reproductiva en los programas nacionales de salud adolescente de la Región, planteando un nuevo marco conceptual que afronta la sexualidad de los jóvenes y de las jóvenes desde un enfoque de desarrollo humano, integrando la salud sexual dentro de un protocolo más extenso de salud y desarrollo.

Lo anteriormente dicho reconoce que la salud sexual es un punto focal del desarrollo humano y que su condición está vinculada con elementos culturales y familiares, y con el

ambiente social, político y económico en el que se desenvuelven los adolescentes y las adolescentes.

El enfoque protege un desarrollo positivo y entiende la juventud desde un punto de importancia y oportunidad para la Región, delineado para llegar a diferentes niveles de influencia, como los encargados de expresar políticas y los medios planificadores de programas a nivel nacional, todo lo anterior con el fin de alentarlos para que conformen en sus programas de salud las políticas y los servicios de prevención y protección para la salud de los adolescentes y las adolescentes (OMS, 2014).

Recabando el tema para la Organización Panamericana de la Salud (OPS,2000), la salud sexual es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.

La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar. Para poder conseguir y mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas.

Entonces en cuanto a lo anterior, la adolescencia es definida por la OMS (2014), como el período durante el cual el individuo avanza desde la aparición de los caracteres sexuales

secundarios (pubertad) hasta la madurez sexual: procesos psicológicos del individuo y formas de identificación que evolucionan desde las de un niño hasta las de un adulto y se hace transición de un estado de dependencia socioeconómica total, a otro de relativa independencia.

Aunado a esto es una etapa en la que se presentan algunos cambios físicos, como el rápido crecimiento en peso y talla y modificaciones en la composición corporal de la persona. Por el proceso acelerado de crecimiento y La implementación de la política pública de salud sexual y reproductiva, los requerimientos nutricionales aumentan, principalmente en lo que se refiere a las proteínas, hierro y calcio (OMS, 2014).

La política nacional de salud sexual y reproductiva (PNSSR) fue publicada y difundida durante los primeros meses del 2003 por el Ministerio de la Protección Social. Formalmente, este Ministerio ha venido asesorando a los gobiernos Departamentales y Municipales desde ese momento.

La política adopta como principios orientadores los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, la búsqueda de la equidad y justicia social, el principio de la igualdad de trato y de oportunidades, el empoderamiento, la intervención focalizada, y la concepción de la salud como servicio público que debe ser prestado con criterios de calidad, eficiencia, universalidad y solidaridad.

En el marco de la descentralización política y administrativa de la salud en Colombia, la puesta en marcha de la política pública de salud sexual y reproductiva (SSR) está bajo la responsabilidad y mando de las seccionales departamentales de salud para los Municipios bajo su jurisdicción, con caso excepcional de exclusión de las tres capitales de estos Departamentos, para las cuales la responsabilidad de la política corresponde a sus secretarías municipales de salud.

La política nacional considera la Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes y las adolescentes como el ejercicio de una sexualidad libre, satisfactoria, responsable y sana, lo que implica la prevención del embarazo precoz y la prevención y atención de eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción (PNSSR, 2003).

Para ello se plantean varias estrategias complementarias entre sí, a fin de lograr el mejor y más rápido efecto en la problemática. Esas son:

- 1) La Promoción de la SSR de las adolescentes y los adolescentes mediante estrategias de Información Educación Comunicación (IEC)
- 2) La Coordinación intersectorial e interinstitucional
- 3) El Fortalecimiento de la participación
- 4) El Fortalecimiento de la gestión institucional
- 5) La Potenciación de las redes sociales de apoyo
- 6) El Desarrollo de la investigación (PNSSR, 2003).

Para las adolescentes en particular, la Política Pública Nacional de SSR dispuso como meta principal reducir el embarazo en este grupo de población en un 26% en 4 años, mediante acciones de distinto orden.

Las áreas de la SSR más preocupantes desde el punto de vista de la salud pública, y por lo tanto las áreas que deben ser prioritariamente atendidas, son:

La falta de servicios de atención integral para adolescentes

El aumento de las tasas de embarazo a edades cada vez más tempranas

El alto porcentaje de embarazos no planeados

Los anteriores afectan no sólo las condiciones de salud de las adolescentes y de los adolescentes, sino también el ejercicio de sus derechos humanos fundamentales, restringiendo las posibilidades de convivencia social y afectando su proyecto de vida y el desarrollo de sus potencialidades.

Para el caso actual, El Departamento del Atlántico, existe el programa Crisálida, una iniciativa de la Secretaría de la Mujer, de la Gobernación del Atlántico, creado en 2013.

Tiene como objetivo atender una población de 15.000 niños, niñas, adolescentes y jóvenes entre 6 y 19 años, para contribuir a su desarrollo integral y de esta manera prevenir los

embarazos a temprana edad, así como las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), (Martes y Sierra, 2016).

Las intervenciones se realizan en tres grupos etarios:

- 1) Infancia (de 6 a 9 años).
- 2) Adolescencia (10 a 14 años).
- 3) Juventud (15 a 19 años).

El programa se lleva a cabo en el enfoque de las instituciones educativas oficiales del Departamento, buscando favorecer a población en condición de vulnerabilidad. Los recursos del programa provienen del Ministerio de Salud, a través de un convenio por valor de \$5.700 millones. En el primer semestre de 2016 se dio por finalizada la primera fase del programa.

La estrategia es ofrecer instrumentos (“poderes”) para el empoderamiento de niños, adolescentes y jóvenes, que se constituyen en elementos claves en la construcción de sus proyectos de vida y en la prevención del embarazo a temprana edad. Los poderes son: confianza, entusiasmo, decisión, revolución y creatividad, y se imparten a través de medios como talleres, ejercicios lúdicos y capacitaciones.

En resumidas cuentas, el programa es una iniciativa de índole e importancia para la sociedad, un programa público, innovador, que engloba y aborda el problema de la maternidad temprana con miras hacia la integración y un ejemplo para demás administraciones existentes.

La idea del programa es basada en una serie de medidas de comportamiento, sin seguir una línea de promoción y respeto por los derechos sexuales y de tipo reproductivo. Un manual sobre lo que es correcto e incorrecto hacer durante la adolescencia.

Para garantizar el cumplimiento de sus objetivos, la estrategia de construcción de capacidades para identificar y plantear proyectos debe complementarse con acciones que ayuden a realizarse.

No es suficiente ofrecer una formación integral. También debe darse la posibilidad de poner en marcha esos proyectos de vida que ofrezcan alternativas diferentes, esto implica que los sujetos se convenzan de que sus proyectos pueden ser una realidad. Por lo tanto, se hace necesario la incorporación de entidades como el SENA, universidades y empresas públicas o privadas, con las cuales se pueda crear un sistema de becas y empleo dirigidos a este grupo específico de la población.

Según lo señalado por la Federación internacional para la planificación familiar (2006), es posible ampliar la visión del programa para trabajar desde un marco de defensa de los derechos sexuales y reproductivos, a partir de la propuesta de Educación Integral en Sexualidad (EIS) de la Federación Internacional para la Planificación Familiar (IPPF por sus siglas en inglés). Se trata de un enfoque basado en un marco de derechos que busca equipar a la gente joven con los conocimientos, aptitudes, actitudes y valores que necesitan para determinar y gozar de su sexualidad física y emocional, a nivel individual y de sus relaciones. Forjada así la EIS reconoce

y acepta a todos como seres sexuales y se ocupa de mucho más que la prevención de enfermedades y del embarazo.

Se ha de promover, una educación sexual que involucre a todos los agentes sociales que generan impacto sobre el contexto de la vida de los jóvenes. Lo que se quiere es generar conocimientos y practicas seguras bajo un enfoque de respeto y aceptación individual.

Lo anterior se potencializa vía los siete componentes de la EIS:

- Género
- Salud sexual y reproductiva
- Creación de ciudadanía sexual (vía el reconocimiento y respeto de derechos),
- Reconocimiento del placer
- Caracterización de los diferentes tipos de violencia
- Reconocimiento de la diversidad
- Variedad de relaciones

En cuanto a la metodología que se enmarca en el programa Crisálida, es necesario realizar una caracterización de la población objeto de estudio esto con la finalidad de ser clasificada según la incidencia de la maternidad temprana, esto se hace con la finalidad de establecer prioridad o no de la caracterización realizada, teniendo en cuenta para ello aspectos socioculturales.

Además, el programa puede fortalecerse si se nutre de un diagnóstico riguroso del fenómeno, identificando a partir de información primaria que permita precisar las áreas del departamento con mayor incidencia de embarazos a temprana edad.

También es importante destacar que el programa puede fortalecerse si se alimenta de un diagnóstico riguroso del fenómeno, identificando a partir de información primaria que permita precisar las áreas del Departamento con mayor incidencia de embarazos a temprana edad.

Otra clave en el proceso es la creación de un grupo de población de control que permita evaluar el impacto del mismo. En este momento sólo se cuenta con indicadores de resultados que no permiten evaluar la efectividad del programa. Entre estos indicadores se pueden incluir algunos que midan el cambio de percepciones de la población objetivo sobre temas claves en la sexualidad, cambios de comportamientos riesgosos y la calidad de la información impartida en las capacitaciones/talleres realizadas en la escuela.

En última instancia, la evaluación de los indicadores debe realizarse durante la implementación del programa para producir informes que muestren la evolución y los cambios que se están generando en la comunidad.

6.3.Causas y consecuencias de los embarazos tempranos en el departamento del Atlántico

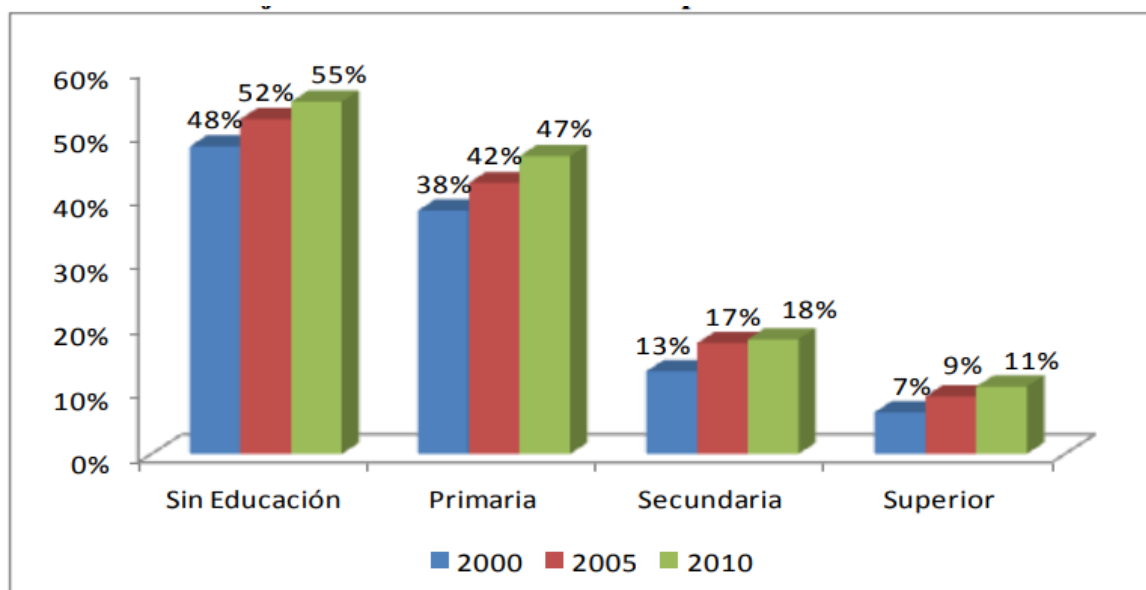
En este apartado se describen a continuación las causas y consecuencias de los embarazos tempranos en Colombia, así como los del Departamento del Atlántico en distintas cifras, donde la fecundidad general ha disminuido hasta el año 2010, pasando de 91 nacimientos por mil mujeres a 74, sin embargo, la fecundidad específica para mujeres de 15 a 19 años presentó un incremento cercano al 30% entre 1990 y 2005, del 70 por mil a 90 por mil, y aunque en el año 2010 disminuyó a 84 nacimientos por mil, todavía continúa siendo alta Enríquez, (2013).

Asimismo se tienen los datos de la ENDS 2010, donde el territorio colombiano el país logró en el último quinquenio detener la tendencia creciente que presentó el embarazo en la adolescencia entre 1990 y 2005. Sin embargo, la cifra aún continúa siendo alta; pues una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años ha estado alguna vez embarazada; 16% ya son madres y 4% está esperando su primer hijo.

Cabe mencionar que la disminución en 2010 se explica básicamente por las menores tasas en Bogotá y en la región Central, en tanto que aumentaron en otras regiones, como la Orinoquía Amazonía. En todos los casos, se mantienen las diferencias urbano/rural y las diferencias entre las mujeres sin educación y las más educadas; de tal manera que se aprecia un crecimiento en las tasas de embarazo adolescente en todos los niveles educativos (ver gráfico 3). Así mismo se observan diferencias regionales, los mayores porcentajes de embarazadas están en Amazonas (35,4%), Guainía (33,8%), Putumayo (32%) y Chocó (29,4%) y los menores en Santander

(16,1%), Norte de Santander (17,1%), Atlántico (17,2%) y Bogotá (17,5%); sin embargo, cuando se analiza por número de adolescentes embarazadas, los mayores valores están en Valle (606), Antioquia (595), Bogotá (578) y Santander (358) (ENDS 2010).

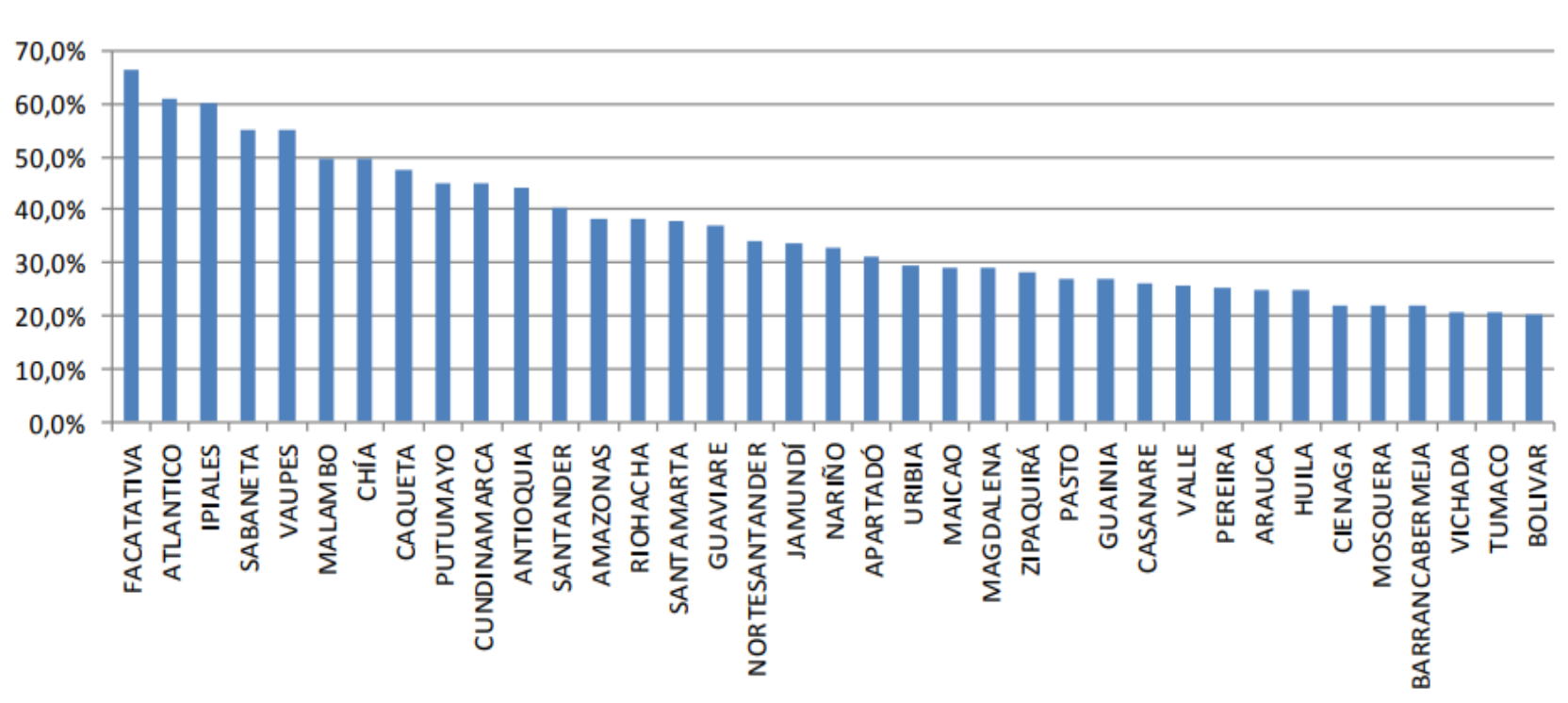
Gráfico 6. Porcentaje de embarazo adolescente por nivel de escolaridad 2000-2010



Fuente: ENDS 2000, 2005 y 2010

En el mismo orden de ideas es necesario mencionar que los departamentos con mayor porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o están en embarazo, coinciden con los departamentos territoriales, en donde entre el 20% y el 45% de los estudiantes esgrimen la maternidad como la razón principal por la cual han dejado los estudios. Este es el caso de Putumayo, Antioquia, Santander, Amazonas, Guaviare, Casanare, Valle, Arauca, Vichada y Chocó. En el siguiente gráfico se observan las entidades territoriales cuyo porcentaje de estudiantes que afirman haber abandonado la escuela porque iban a ser madres o padres superan el 20%.

Gráfico 7. Porcentaje de estudiantes que se desvincularon del sistema educativo porque iban a ser padres/madres.



Fuente: MEN, 2011.

Por lo antes expuesto es necesario identificar las causas y consecuencias del embarazo a temprana edad, donde se permite orientar las acciones que deben implementarse para mitigar su incidencia. Son numerosos los estudios que abordan las causas de los embarazos en las niñas y los adolescentes. Entre ellas se tienen tres que son las más importantes:

Primeramente, citando al Conpes 147 de 2012, se determinan tres tipos de factores que provoca el embarazo a temprana edad. Entre ellos se tiene: los determinantes próximos que caracterizan a cada individuo, los cuales se componen de los factores biológicos (menarquía y hormonas) y comportamentales (actividad sexual, nupcialidad, uso de métodos de anticoncepción).

Los determinantes intermedios, conformado por los factores de relacionamiento interpersonales (con familia y pares) e intrapersonales (creencias, educación y proyecto de vida); y por último los determinantes distales o aspectos socioeconómicos estructurales del país dentro del cual se encuentran los factores estructurales (pobreza e inequidades) y los contextuales (normas sociales e institucionales).

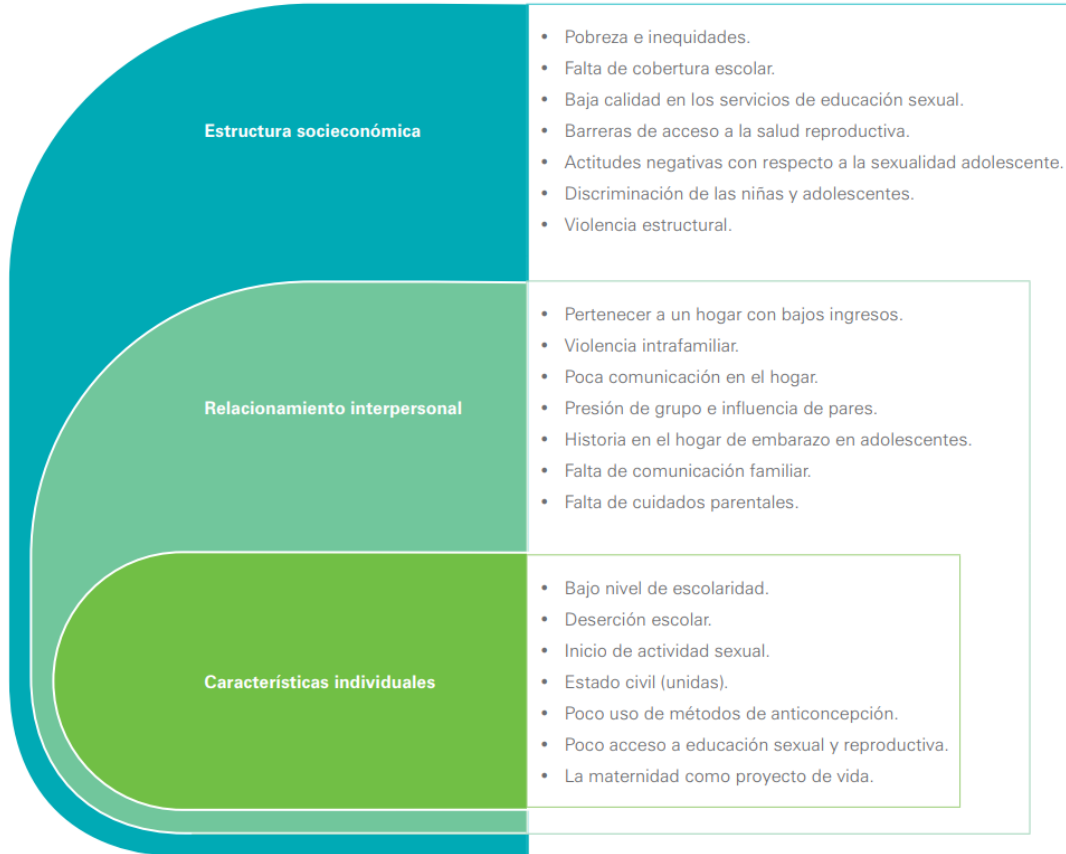
Para Flórez y Soto, (2013), mencionan tres tipos de factores asociados a la fecundidad adolescente en Colombia: el primero consiste en los factores intrapersonales individuales (escolaridad, conocimiento de la salud sexual y reproductiva, y de métodos anticonceptivos, etc.); el segundo corresponde a factores interpersonales, (relaciones entre pares, el nivel socioeconómico del hogar, estructura familiar y violencia intrafamiliar, entre otros); y para

finalizar los factores contextuales (violencia estructural, normas institucionales, políticas sociales, condiciones comunitarias y cambios demográficos).

De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2013), la maternidad en niñez se genera por las características individuales, el entorno familiar, escolar, comunitario y nacional, y se asocia con variables como el matrimonio infantil, la desigualdad de género, los obstáculos en la garantía de los derechos humanos, la pobreza, la violencia y abuso sexual, las políticas nacionales que restringen el acceso a anticonceptivos, la educación sexual adecuada respecto a la edad y la falta de acceso a educación y servicios de salud reproductiva.

Es así que el embarazo en adolescentes de acuerdo a los múltiples factores asociados, exige la implementación de acciones multidimensionales encaminadas hacia su prevención y atención, abarcando todos los niveles –personal (individuales, intrapersonales), interpersonal (familiar, comunitario, pares) y contextual (entorno nacional económico y social)– para poder así incidir positivamente en la garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Gráfico 8. Factores riesgos que inciden en el embarazo en adolescentes

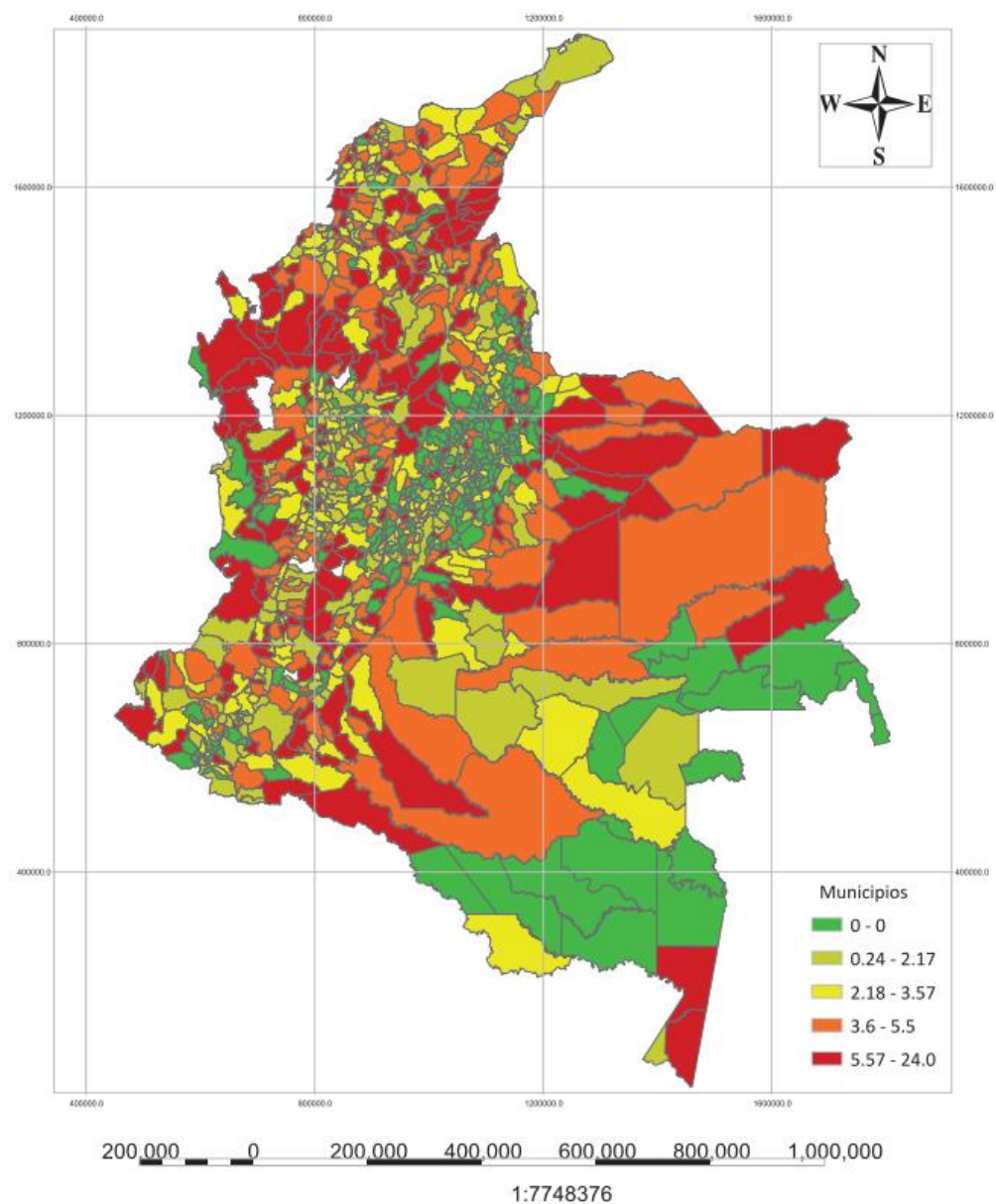


Fuente: Observatorio del Bienestar de la Niñez, con base en UNFPA (2014), Flórez & Soto (2013), y Conpes 147 de 2012.

Para el caso que nos ocupa, en Colombia existen los análisis que permitan la toma de decisiones en materia de prevención del embarazo en adolescentes, a continuación se presentan dos mapas de color (Mapas 1 y 2), en los cuales se señalan los municipios de acuerdo a la tasa de fecundidad para ambos quinquenios de edad de la madre (10 a 14 años - 15 a 19 años), identificando cada color según el percentil correspondiente, así: con rojo los de mayor tasa, naranja con una tasa alta-media, amarillo que representa una tasa media y amarillo-ocre que

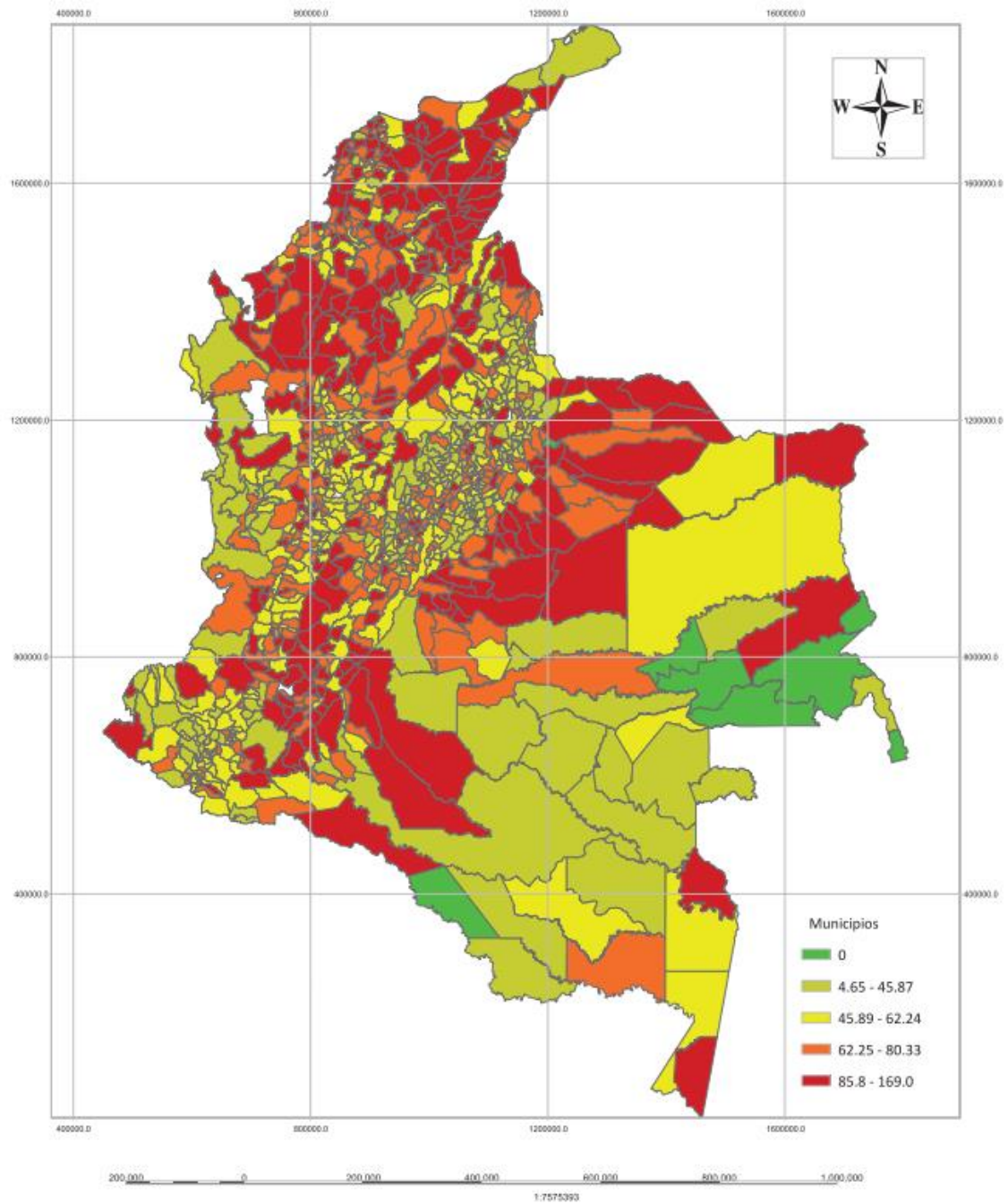
incluye a los municipios con tasa baja. Para el caso de aquellos que no presentan nacimientos se identifican con el color verde.

Gráfico 9. Tasa de fecundidad en niñas entre 10 y 14 años (2014)*



*Fuente: DANE - Estadísticas Vitales * datos preliminares*

Gráfico 10. Tasa de fecundidad en adolescentes entre 15 y 19 años (2014*)



Fuente: DANE - Estadísticas Vitales * datos preliminares

Entre las causas que se encuentran para el caso que nos ocupa los factores más relevantes destacan el bajo conocimiento y poco uso de métodos anticonceptivos, las uniones maritales a temprana edad, bajos niveles de educación de los adolescentes, la falta de interés por educarse, ya que no se considera la educación como una opción para mejorar la calidad de vida, asimismo la carencia de no tener proyectos de vida trazados.

También, se nombran otros factores que influyen en el embarazo adolescente, son la presión de los amigos para iniciar la actividad sexual y el ambiente social, que induce a formas inapropiadas de recreación, como citas para sexo premarital, así como la falta de orientación y asesoramiento de los padres.

Además, son factores asociados a una alta probabilidad de embarazo la iniciación sexual temprana, el ser criados por personas diferentes a los padres, el consumo excesivo de alcohol, lo que se asocia a mayor violencia en la comunidad, y una pobre estructura psicológica.

Por otra parte, se delimitan las consecuencias que pueden ocasionar estos embarazos a temprana edad, ya que tiene efectos en los ámbitos social y económico de las madres jóvenes y sus familias; dicha situación las envuelve en un círculo de pobreza aún mayor al que viven y del que pocas veces logran salir.

Cabe decir, que una joven embarazada se trastorna al punto que su futuro sufre serias limitaciones: la mayoría interrumpe su educación, por lo cual disminuyen las oportunidades de

acceder al mercado laboral; con ello se dificulta la crianza de los hijos, la estabilidad del hogar es precaria y las oportunidades de ingresos mínimas.

Muchas jóvenes embarazadas sufren rechazo familiar y social, lo que trae dificultades emocionales, físicas y financieras; todo ello es muy negativo, mucho más cuando esto ocurre en la primera adolescencia y fuera del matrimonio.

El embarazo adolescente también constituye un problema de salud pública, en la medida en que muchas veces no es deseado y se opta por interrumpirlo. La legislación actual en Colombia establece que solo es legal abortar en tres circunstancias: malformación del feto, grave peligro para la vida de la madre o en caso de embarazo resultado de violación, inseminación no consentida e incesto.

Dado que en todos los demás casos el aborto se penaliza, se acude entonces a procedimientos poco seguros, que ponen en riesgo la vida de las adolescentes Fundesarrollo (1991).

Es por ello que, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2010 se examinaron las dinámicas sexuales y reproductivas de las mujeres entre 15 y 24 años. La más alta incidencia de maternidad adolescente, se da en la población con escasos niveles educativos, mujeres que habitan zonas rurales o que se encuentran en estratos socio económicos muy bajos.

De acuerdo a los datos antes mencionados se pueden hacer estimaciones que permiten identificar las áreas y grupos más vulnerables y que necesitan atención prioritaria en las políticas y programas que se formularán en el próximo quinquenio.

Es por ello que se obtiene que sea importante orientar políticas públicas dirigidas a prevenir o reducir el embarazo adolescente.

En miras de lo anterior Robles (2016), menciona que La Fundación Cedesocial trabaja de la mano con Bienestar Familiar con proyectos educativos para disminuir el embarazo adolescente en zonas marginales de Barranquilla y Soledad.

“Son niñas que viven en barrios muy pobres y con alto nivel de vulnerabilidad donde les toca salir a la calle a lugares con alto grado de promiscuidad en los tienen que vender su cuerpo como mercancía y objeto de intercambio”.

Esto con la finalidad de continuar la tendencia de bajar el número de embarazos en adolescentes, la Secretaría de Salud, con el apoyo de la Secretaría de Educación, creará la Unidad Satelital de apoyo a los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes en las instituciones educativas del Atlántico, de esa manera, se pretende masificar la información sobre las consecuencias de gestación en adolescentes Robles (2016).

Se espera también que la academia se involucre activamente en el proceso y presenten proyectos de intervención para trabajar en la prevención de embarazos a temprana edad. El programa de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes en el Atlántico cuenta con 1.200 participantes y busca adecuar la respuesta de los servicios de salud a las necesidades de este grupo poblacional.

En el mismo sentido, para el año 2014, en estadísticas publicadas por el Diario El Universal (2015), muestran que se iniciaron un ciclo de talleres con docentes y psicorientadores de las instituciones educativas del departamento del Atlántico para que se pongan a tono con estas problemáticas. Los talleres se realizan en el salón La Perla de la Universidad del Atlántico al que asisten 30 docentes y se utiliza la metodología del Programa ‘Por un Atlántico Competente en Ciudadanía’.

Además de ello, se promueven valores como la equidad entre los géneros, al respeto por la diferencia, la defensa de los derechos humanos, así como el emprendimiento, el buen uso del tiempo libre, el fomento de los proyectos de vida, todo esto acompañado con la formación en una sexualidad responsable.

De esta manera el proyecto ‘Por un Atlántico Competente en Ciudadanía se convierte en un marco clave para el desarrollo de este programa, en la medida en que busca, igualmente, la formación para la vida desde el ser, la promoción de los derechos humanos y las competencias ciudadanas, al permitir a toda la comunidad educativa apropiarse de creencias, valores y

comportamientos positivos sobre sí mismos y su entorno para evolucionar y crecer en comunidad.

Para desatender estas consecuencias, se hace referencia a la ley 150 de 2005. por medio de la cual se adoptan como política de Estado los programas del ICBF relacionados con la protección de las niñas y las adolescentes embarazadas y madres, la cual se cita de la siguiente manera:

Artículo 1°. Adopción. Adóptase como política permanente de Estado, un programa para el fortalecimiento personal, social y el mejoramiento de la calidad de vida de las niñas y adolescentes embarazadas y madres.

Este programa recogerá, previa evaluación de su eficacia, las experiencias exitosas y acciones que el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, ha venido desarrollando en los últimos diez años y que se encuentran avalados con recursos del Presupuesto Nacional. El ICBF, tendrá un término de seis meses a partir de la vigencia de la presente ley para adoptar dicho programa.

Artículo 2°. Objetivo. El objetivo de la presente ley es establecer como política de Estado, un programa de atención integral que brinde a las niñas y adolescentes embarazadas y madres oportunidades para su fortalecimiento personal y desarrollo de su independencia, mediante su participación en procesos de capacitación en formación para la vida y su acceso a una oferta integral de servicios de salud, educación, formación para el trabajo y servicios de cuidado y atención a sus hijas e hijos.

Artículo 3°. Campo de Aplicación. La población, meta prioritaria del Programa serán las niñas y las adolescentes embarazadas y madres, para las cuales deberán desarrollarse acciones de prevención del embarazo y la maternidad temprana, con niñas y adolescentes en situación de riesgo y exclusión.

Artículo 4°. Mecanismo de coordinación. Para los fines de la presente ley, los Ministerios de Educación Nacional; de la Protección Social; el Instituto de Seguro Social; el Servicio Nacional de Aprendizaje, Sena, dentro de sus competencias y funciones en este campo, coadyuvarán con el ICBF para poner en marcha mecanismos de coordinación intersectorial e interinstitucional a nivel central y local, para la atención integral de las niñas y adolescentes embarazadas y madres.

Artículo 5°. Evaluación permanente. Para la evaluación de esta política estatal se realizará una labor permanente de monitoreo con los mecanismos que vienen siendo utilizados sobre el cumplimiento de la presente normatividad y la revisión de los procedimientos técnico - administrativos vigentes, para garantizar una atención integral y oportuna a las niñas y adolescentes embarazadas y madres.

Parágrafo. Los funcionarios encargados del programa deberán cumplir con las responsabilidades y obligaciones del programa y su negligencia u omisión será una falta grave de conformidad con la Ley 734 de 2001. El informe de evaluación deberá ser enviado de oficio a la comisión respectiva del Congreso de la República para su correspondiente control.

Volviendo al territorio colombiano, la población de niñas y adolescentes ha logrado atraer la atención pues, en los últimos veinte años, han sido protagonistas del escenario social al aportar

las mayores cifras de los costos sociales, con fenómenos como el embarazo no deseado, las complicaciones del aborto y el madresolterismo.

Pues, ese protagonismo se ha construido por los equivocados enfoques que han manejado y a la poca importancia que le han dado a su formación en este período. Por ello, existen consideraciones en cuanto a que la adolescencia es una etapa de la vida llena de salud, ha llevado a olvidar que el adolescente convive con importantes factores de riesgo, los cuales por no conocerlos en gran medida; los lleva a mantener actitudes no saludables respecto a estos y a la vez los convierte en habituales conductas de riesgo.

Lo antes mencionado, agregado a la edad de menarquia y el comienzo de una etapa precoz de las relaciones sexuales de destacan las razones de la temprana actividad sexual del adolescente convirtiéndose por demás en una situación problemática de mucho impacto en la sociedad actual. Entre las consecuencias de que haya una elevada proporción de adolescentes sexualmente activos, se encuentra la aparición de un problema de salud pública: el embarazo.

Las madres que son adolescentes, al ser una población todavía en período de formación (física, emocional y sociocultural) deben dar un paso forzado hacia la madurez. Además, la maternidad no deseada en la adolescencia es un problema de salud personal, familiar y social, con consecuencias a largo plazo para la adolescente y la familia.

El embarazo en la adolescencia es un asunto multifacético que no puede ser claramente enfocado mediante una estrategia única. Es un asunto que involucra cambios biológicos, estrategias de adaptación a la pobreza, deficientes cuidados de salud, impotencia y desvalorización. Refleja una reorganización masiva de las relaciones familiares y personales bajo nuevas presiones y estructuras económicas; también representa contradicciones de valores entre grupos culturales y étnicos.

Todo ello conlleva a que se hace necesario una política pública estable para el problema de las madres adolescentes. Es por ello que se proponen argumentos ya que los índices de embarazo de niñas y adolescentes son elevados. Estos niveles van cada día siendo más altos, por lo que la salud de las madres y específicamente de los niños corre riesgos y las oportunidades de construir un futuro se disminuyen.

La edad promedio de estas adolescentes es 16 años, la mitad de ellas son solteras, sólo el 40% de ellas ha tenido acceso a la escuela antes de su embarazo y de estas casi el 90% abandonó la escuela principalmente por su estado de gestación que muchas veces no es asimilado por la comunidad educativa y la primera reacción es retirarse de su ciclo de formación.

En efecto, las adolescentes embarazadas entre las madres de todas las edades, componen el grupo más vulnerable por cuanto se ciernen sobre ellas muchos problemas que van desde menos probabilidades de que reciban atención médica prenatal a comienzos de la gestación y de manera regular hasta el abandono de su educación secundaria.

En atención a estas situaciones ya generalizadas en el territorio nacional se requiere que el ICBF; el Ministerio de Educación Nacional; el Ministerio de la Protección Social; el Servicio Nacional de Aprendizaje, Sena, dentro de sus competencias y funciones produzcan un programa permanente de asistencia especial y apoyo a las Madres Adolescentes. Este equipo interinstitucional que no asumirá nuevas funciones, por el contrario reafirmará las que ya tiene, priorizará en todo momento un enfoque interdisciplinario, con énfasis en el abordaje integral de los aspectos biológicos, emocionales y sociales de las adolescentes Cervantes (2005).

6.4.Posibles aportes en la prevención del problema en el Atlántico

Es de destacar que para este apartado se tienen presentes plantear las políticas públicas que se toman como referencia para abordar sobre la disminución del embarazo precoz en las niñas y adolescentes del Departamento del Atlántico.

Esta investigación pretende estudiar el impacto de las políticas para la prevención de embarazos en niñas y adolescentes en el departamento del Atlántico, a fin de proponer posibles estrategias para su disminución, mediante la formulación de propuestas que son el resultado de un estudio y recopilación e interpretación de resultados de proyectos, antecedentes cuyas cifras se convierten en herramientas de medición del alcance de los resultados obtenidos.

Este tema se considera de gran importancia ya que es neurálgico en cuanto a las políticas sociales ya que pertenece a la línea de investigación de políticas y gestión, lo cual representa un compromiso de realizar un trabajo propositivo, serio e interpretativo del impacto social de los programas, planes y proyectos que se han desarrollado en la historia reciente del país y en especial del departamento del Atlántico.

Es por ello que, la investigación genera la importancia de vocablos y conceptos directamente ligados con la misma, es decir, que palabras como estrategias, planes, proyectos, embarazos son de obligatorio manejo, en la medida en que constituyen pilares sobre los cuales descansa el desarrollo de este esfuerzo significativo de construcción de propuestas encaminadas

a la mitigación de este flagelo social que disminuye las posibilidades de una vida digna para la niñez y juventud de este departamento.

La información utilizada en esta investigación es de gran ayuda para el desarrollo de esta investigación puesto que se recurre a diferentes fuentes de conocimiento, tales como las institucionales, para obtener información útil en el desarrollo de la investigación, por ende se recurrió a otras fuentes de conocimiento, obteniendo importantes orientaciones que sirvan de faro que guíe el deber ser de las políticas públicas diseñadas para prevenir en el departamento del Atlántico los embarazos tempranos en todos los niveles de la sociedad.

Además las políticas públicas para la prevención de embarazos en niñas y adolescentes a temprana edad, requiere de un programa de parámetros de comportamiento, es decir un manual de lo que es correcto e incorrecto con respecto a que hacer durante la niñez y la adolescencia.

Por ende el Programa Crisálida mencionado anteriormente se presume que es una iniciativa importante para la sociedad ya que es un programa innovador donde se habla del problema de la maternidad temprana con un enfoque integral.

Estas intervenciones son importantes realizarlas en tres grupos de edades: 1) infancia (de 6 a 9 años); 2) adolescencia (10 a 14 años); y 3) juventud (15 a 19 años), por lo que las edades se definen como importantes para el aprendizaje de acuerdo a la misma.

En el mismo orden de ideas, se destaca que el trabajo con los adolescentes frente al ejercicio libre y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos, debe encaminarse hacia lo que la Estrategia del ICBF ha denominado comunicación para el cambio social y la formación y capacitación –atendiendo los enfoques diferenciales– para el acceso, entre otras, a los diferentes métodos anticonceptivos por que no los conocen, no tienen dinero para adquirirlos, no sabe dónde encontrar de manera gratuita apoyo en la prevención de embarazo en adolescentes y no identifican dónde buscar apoyo para una adolescente que ha quedado embarazada.

También sobresale la importancia de los cambios culturales con relación a imaginarios que obstaculizan específicamente el uso de métodos anticonceptivos, y en general la sexualidad. Un ejemplo es que el 73% de los encuestados afirma que han recibido educación sexual de su familia y un 83% en el colegio, y sin embargo, un 50,2% sostiene que no les gusta usar métodos para prevenir el embarazo y el contagio de infecciones de transmisión sexual.

Todo lo antes expuesto indica que los programas de educación sexual deben ser fortalecidos, capacitando a los padres y madres de familia, cuidadores, docentes, entre otros, para que las metodologías empleadas sean positivas y brinden elementos para que los niños, niñas y adolescentes tengan de manera clara y precisa la información al momento de la toma de decisiones, con respecto a los derechos como lo enfatiza la ley.

En el mismo orden de ideas, la familia como primera instancia en la sociedad, deben proteger a las niñas y adolescentes y promover el diálogo mediante el cual interactúen y asumen

al tema de las relaciones sexuales, como importante para poder guiar a sus hijas en esta etapa de subida.

Es así como se logra un acompañamiento y asesoría permanente en todos los ámbitos, incluidos el fortalecimiento de autoestima, la vida sentimental, sexual y reproductiva, para lograr además que cada uno de ellos establezca un proyecto de vida para su realización personal. Cabe destacar que se deben brindar los medios para que decidan en forma libre y autónoma el momento de iniciar relaciones sexuales, así como las capacidades para ejercer un mayor control sobre su cuerpo, su salud y en general su vida. La importancia de la decisión de ser madres y padres, parejas y compañeros, para exigir sus derechos y obtener servicios de salud aptos cuando lo requieran.

Tomando en cuenta todo lo anteriormente expuesto, se puede recalcar que en el Departamento del Atlántico existen una serie de programas y proyectos que se implementan, pero a ciencia cierta no existe una política pública que establezca y que solucione la prevalencia de embarazos en niñas y adolescentes. Por ende ser madre adolescente parece influir en la situación socioeconómica actual de las mujeres. Además de que en estratos más bajos existe una mayor creación de nuevos grupos de hogar, donde muchas asumen mayor grado de responsabilidad como jefes de hogar. También acceden a menores niveles de educación, que les hace más difícil conseguir buenas posiciones laborales y mayores ingresos.

Es por ello que para esta investigación, se proponen como políticas públicas para solventar la problemática es garantizar derechos de los adolescentes y jóvenes. Es decir, que los jóvenes tienen derecho a disfrutar una vida sexual placentera y para desincentivarla no se deben poner barreras como no permitir el acceso de los jóvenes a anticonceptivos. Por otra parte, la aplicación de cátedras de educación sexual en las escuelas sin sesgos culturales ni de género en las escuelas es crucial para este fin.

A lo anterior se le deben sumar programas que involucren la participación activa de los jóvenes, así como sus padres, madres y maestros y cuidadoras y que incluyan una mirada de género, empoderamiento económico y social y desarrollo de habilidades productivas que aseguren medios de vida de calidad y provean opciones de inserción al mercado laboral y de continuidad a la educación superior.

CONCLUSIONES

El departamento del Atlántico, presentó para el año 2010, una tasa o índice de fecundidad adolescente de 56 nacimientos cada 1000 mujeres adolescentes, es importante destacar que este porcentaje es menor en 26% a la observada al año 2000. El valor también es el más bajo de los Departamentos de la Región Caribe.

Lo anteriormente analizado demuestra que en el Atlántico, los sucesos de la maternidad en la adolescencia difieren de la características sociodemográficas de la población. El embarazo precoz tiene mayor ocurrencia en niñas y adolescentes de menor nivel académico, que habitan en zonas de tipo rural o que pertenecen sencillamente a estratos socioeconómicamente más bajos.

Existen valores que permiten determinar lo anteriormente señalado como el 40% de las mujeres solteras entre 15 y 19 años tiene relaciones sexuales premaritales; así mismo 90% de las mujeres de 20 a 24 años iniciaron vida sexual en la adolescencia, aunado a esto entre edades comprendidas de 15 a 24 años las mujeres no utilizan algún método anticonceptivo en 36%. Los anteriores indicadores tienen como consecuencia una exposición mayor hacia los embarazos no planificados.

Estos valores obtenidos son los que llevan a la implementación de políticas públicas de población las cuales permitan el ejercicio de la sexualidad durante la adolescencia. Pero no solo implementar políticas una y otra vez, sino que las mismas tengan un proceso de vigilancia, de velar que los resultados sean obtenidos, y por sobre todo que promuevan el respeto y la protección de los derechos sexuales y reproductivos de los niños, niñas y adolescentes.

En cuanto a país, Colombia muestra importantes y continuos avances, sin embargo aún es necesario el abordaje de la maternidad adolescente desde las bases, es fundamental ofrecer opciones creíbles, viables y factibles, para empezar a lograr así cambio en indicadores demográficos referentes a la maternidad temprana o embarazo precoz.

Entonces bajo este enfoque es donde programas como crisálida, la cual tiene como propósito el abordaje de la maternidad temprana, tiene importante significado dentro del tema del embarazo precoz, lo que sirve como direccionamientos ante otras administraciones departamentales. Es crisálida el programa que intenta dar un abordaje a la mayoría de las problemáticas sucedidas en cuanto al tema, direccionadas por el gobierno del Atlántico.

Todo lo anteriormente expuesto engloba el objetivo principal de la investigación que consiste en estudiar la eficiencia de las políticas públicas para la prevención de embarazos en niñas y adolescentes en el departamento del Atlántico. Mediante el cual se puede recalcar que el objetivo se cumple en un 70%, puesto que existen programas y decretos que van acorde con la investigación. Pero a su vez, se deben actualizar los programas ya que solo se cuenta con el llamado “Crisalida” y por ende, se deben implementar nuevas políticas publicas en relación al embarazo precoz.

Por su parte, los Institutos y demás entes deben desarrollar medidas cercanas al contexto y cotidianidad, para reducir la incidencia del embarazo en esta etapa, esto se debe implementar a nivel nacional, regional y municipal, esto en miras del crecimiento de la población en el territorio colombiano.

Es necesario ampliar la perspectiva de la educación sexual que se ofrece a los y las adolescentes, de manera que se aproxime cada vez más a sus expectativas y dialogue más de cerca con las necesidades de su contexto, si se quiere lograr un impacto más profundo sobre la fecundidad en esta etapa.

RECOMENDACIONES

- El programa debe ser complementado con el levantamiento de información sobre percepciones en materia de salud sexual y reproductiva en los estudiantes de las escuelas públicas.
- La evaluación de los indicadores debe realizarse durante la implementación del programa para producir informes que muestren la evolución y los cambios que se están generando en la comunidad.
- Proponer un nuevo enfoque al problema, con una estrategia integral que tiene en cuenta los diferentes aspectos tratados hasta el momento, y que se centra en potenciar los factores protectores, a la vez que se mantienen las acciones frente a los factores de riesgo.
- Es necesario tener indicadores más actualizados. La próxima publicación de la ENDS con información de 2010 permitirá examinar cómo han evolucionado las condiciones de vida de las mujeres en edad reproductiva del país en los últimos cinco años.
- Conpes 147 de 2012 afirma que: “los programas necesitan ir más allá del enfoque orientado al problema para pasar a un enfoque de desarrollo que promueva factores de protección, es necesario pasar de intervenciones individuales a intervenciones de familias y comunidades, de enfoques verticales a esfuerzos coordinados, integrados en prevención

y promoción de la salud, y del concepto de niños, niñas, adolescentes y jóvenes receptores al de participantes activos”

- La Organización Mundial de la Salud -OMS- recomienda trabajar en la postergación de la primera unión conyugal como medio para combatir el embarazo adolescente, en tanto la mayor exposición al embarazo se presenta en las adolescentes casadas o unidas, quienes presentan, a su vez, un menor uso de métodos anticonceptivos que las mujeres solteras sexualmente activas, y una mayor limitación de acceso a información sobre Derechos Sexuales y Reproductivos.

REFERENCIAS

- Abudinem, K. (2017). Atlántico, con tasa de 20% de embarazo entre adolescentes. Recuperado de: <https://www.elheraldo.co/atlantico/atlantico-con-tasa-de-20-de-embarazo-entre-adolescentes-405469>.
- Academia Americana De Pediatría. (1957). Normas y recomendaciones para la atención del recién nacido en hospitales a término y prematuro.
- Aleman, X., Cueva, P e Infrans, S. (2017). Efectividad de las políticas públicas para prevenir los embarazos de niñas y adolescentes en el departamento del atlántico. Recuperado de: <https://blogs.iadb.org/salud/2017/01/09/prevencion-del-embarazo/>.
- Brahmbhatt, Heena, Anna Kågesten, Mark Emerson, Michele R. Decker, Adesola O. Olumide, Oladosu Ojengbede, Chaohua Lou, Freya L. Sonenstein, Robert W. Blum, and Sinead Delany-Moretlwe (2014), “Prevalence and Determinants of Adolescent Pregnancy in Urban Disadvantaged Settings across Five Cities”, Journal of Adolescent Health, Vol. 55, No. 2.
- Camargo, P. M., & Pérez, E. S. (2016). La fecundidad adolescente en el departamento del Atlántico. REVISTA ECONOMÍA & REGIÓN, 10(1), 73-118.

Cervantes, J. (2005). Proyecto de ley 150 de 2005 cámara. Departamento del Atlántico.
Recuperado de:

http://www.imprenta.gov.co/gacetap/gaceta.mostrar_documento?p_tipo=05&p_numero=150&p_consec=11619.

Código, D. (2008). Ley 1098 de 2006. In Congreso de la república de Colombia.

Conpes Social No. 147. (2012). Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y promoción de los proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. DNP. Departamento Nacional de Planeación, 1-89.

DANE – Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2016). Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005-2020. Estudios Post censales No 7, p. 8.

de Bogotá, A. M. (2008). Ley 1257 de 2008. Bogotá. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp>.

De Educación, L. G. (1994). Ley 115 de 1994. Constitución Política de Colombia.

De Educación, L. G. (2007). Ley general de educación. A. Legislativa, Ley General de Educación, 02-08.

de la Familia Colombiana, A. P. (2011). Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2010). Bogotá: Autor.

Decreto 2968 de 2010. Ministerio de Protección Social. Agosto 6 de 2010.

Di Cesare, M., Khang, YH, Asaria, P., Blakely, T., Cowan, MJ, Farzadfar, F., ... y Oum, S. (2013). Desigualdades en enfermedades no transmisibles y respuestas efectivas. *The Lancet* , 381 (9866), 585-597.

Domínguez, (2014). Embarazo adolescente. Recuperado de <https://www.sura.com/blogs/calidad-de-vida/embarazo-adolescente.aspx>.

Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2015).

Encuesta Nacional de deserción Escolar (2010).

ENDS (2015), Encuesta nacional de demografía y salud. ISBN: 978-958-8164-31-1. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr246/fr246.pdf>

Enriquez, G. E. (2013). Embarazo adolescente, un cambio de hábitos y comportamientos?. *Revista CES Salud Pública*, 4(2), 84.

Flórez, C., & Soto, V. E. (2013). Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. Colombia: Profamilia. Recuperado de [http://www. profamilia. org. co/docs/estudios/imagenes/5](http://www.profamilia.org.co/docs/estudios/imagenes/5).

Flórez, Carmen Elisa, Elvia Vargas, Juanita Henao, Constanza González, Victoria Soto, y Diana Kassem (2015), “Fecundidad adolescente en Colombia: Incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida”, Documento cede, No. 2004-31.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2014). Gender Equality. Obtenido de UNFPA web site: <http://www.unfpa.org/gender/empowerment.htm>.

Ford, K., Sohn, W., y Lepkowski, J. (2012). Características de los compañeros sexuales de los adolescentes y su asociación con el uso de condones y otros métodos anticonceptivos. Perspectivas de planificación familiar.

FUNDESARROLLO (2002). Los servicios públicos domiciliarios en la Constitución de.

Garfield, CF, Duncan, G., Rutsohn, J., McDade, TW, Adam, EK, Coley, RL, y Chase-Lansdale, PL (2014). Un estudio longitudinal de la salud mental paterna durante la transición a la paternidad como adultos jóvenes. *Pediatría* , peds-2013.

Heckman, JJ (2012). Escuelas, habilidades y sinapsis. *Investigación económica* , 46 (3), 289-324.

Juárez, Fátima, José Luis Palma, Susheela Singh, y Akinrinola Bankole (2010), Las Necesidades de Salud Sexual y Reproductiva de las Adolescentes en México: Retos y Oportunidades, Nueva York: Guttmacher Institute, [Disponible en: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/Adolescentes-Mexico>].

Lau, M., Lin, H. y Flores, G. (2015). Factors Associated with Being Pleased with a Female Partner Pregnancy Among Sexually Active US Adolescent Males. *American Journal of Men's Health*. Vol. 10, no. 3, pp. 192-206.

Ley 1146 de 2007. Dirección de Sanidad Ejército Nacional. Marzo 05 de 2007.

Luna, N., et. al., (2000). Deserción escolar. *Revista Educación*, Vol. 98, pp. 20-24.

Manlove, J., Ryan, S., Wildsmith, E., y Franzetta, K. (2010). El contexto de relación de la maternidad no matrimonial en los Estados Unidos. *Demographic Research*, 23, 615-654.

Mchunu, G., et. al. (2012). Adolescent Pregnancy and Associated Factors in South African Youth. *African Health Sciences*. Vol. 12, no. 4, pp. 426-434.

Menkes, Catherine, y Leticia Suárez (2013), "El embarazo de los adolescentes en México: ¿Es deseado?", *Coyuntura Demográfica*, No. 4.

Miller, B., Benson, B. y Galbraith, K. (2001). Family Relationships and Adolescent Pregnancy Risk: A Research Synthesis. *Developmental Review*. Vol. 21, no. 1, pp. 1-38.

Molina, M., et. al., (2004). Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar.

Revista Méd. Chile, Vol. 132, pp. 65-70.

Ojeda, G., Ochoa, L. H., & Ordoñez, M. (2011). Encuesta nacional de demografía y salud 2010.

Profamilia.

ONU (1994), informe de la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo. El Cairo.

Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf

ONU (1995), Informe de la Cuarta conferencia mundial sobre la mujer. Beijing. Disponible en:

<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

PNUD, P. (2010). Nuestra democracia. La Sociología en sus Escenarios, (22).

Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003).

Prada, Elena, Susheela Singh, Lisa Remez, y Cristina Villarreal (2011), Embarazo no deseado y

aborto inducido en Colombia: Causas y consecuencias, New York: Guttmacher Institute,

[Disponible en: [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/Embarazo-no-](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/Embarazo-no-deseado-Colombia.pdf)

[deseado-Colombia.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/Embarazo-no-deseado-Colombia.pdf), Consultado 12 de junio de 2018.

Prada, Elena, Susheela Singh, Lisa Remez, y Cristina Villarreal (2011), Embarazo no deseado y

aborto inducido en Colombia: Causas y consecuencias, New York: Guttmacher Institute,

[Disponible en: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/Embarazo-no-deseado-Colombia.pdf>

Rengifo-Reina, H. A., Córdoba-Espinal, A., & Serrano-Rodriguez, M. (2012). Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Revista de Salud Pública*, 14, 558-569.

República de Colombia. (2007). Decreto 3039 de 2007: Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. *Diario Oficial*, 46716.

Resolución 3353 de 1993. Ministerio de Educación Nacional. Julio 2 de 1993.

Reyes, David, y Esmeralda González (2014), “Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente. Sexualidad, Salud y Sociedad”, *Revista Latinoamericana*, No. 17.

Robles L. (2016). Disminuyó a un 34 % los nacimientos por embarazo adolescente en Atlántico. Recuperado de: <https://www.publimetro.co/co/barranquilla/2016/12/11/disminuyo-34-nacimientos-embarazo-adolescente-atlantico.html>.

Rodríguez, J., & Hopenhayn, M. (2009). Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos. *Desafíos*, 4, 4-9.

Salud, O. M. (2014). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de la.

Sandoval (2017) , lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. CONPES 2012. Disponible en: [http://periodico.sena.edu.co/descargables/Conpes%20social%20147%20\(2\).pdf](http://periodico.sena.edu.co/descargables/Conpes%20social%20147%20(2).pdf)

Sandoval-Vargas, Y. G., & Eslava-Schmalbach, J. H. (2017). Inequidades en mortalidad materna por departamentos en Colombia para los años (2000-2001),(2005-2006) y (2008-2009). *Revista de Salud Pública*, 15, 579-591.

Shutt-Aine y Maddaleno (2016), Salud Sexual y Desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas, implicaciones programas y políticas. Asdi. Disponible en: http://www.programaedusex.edu.uy/biblioteca/opac_css/articulosprontos/0136.pdf

Singh, Susheela, and Jacqueline E. Darroch (2012), Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services. Estimates for 2012, New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund (unfpa), [Available at: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/aiu-2012-estimates.pdf>.

Social, C. O. N. P. E. S. 147-2012. Alta Consejería de la Mujer prevención del embarazo adolescente.

SOCIAL, M. D. L. P. (2010). Ministerio de la Protección Social. Obtenido de Ministerio de Protección Social: www.minproteccionsocial.gov.co.

UNICEF, P. D. N. (2017). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. PLAN.

Universidad de Minnesota/Organización Panamericana de la Salud (2000). A Portrait of Adolescent Health in the Caribbean.

Vargas, Elvia, Darwin Cortés, Juan Miguel Gallego, Darío Maldonado, y Marta Ibarra (2013), “Educación sexual de las mujeres colombianas en la juventud: Un análisis desde el enfoque basado en los derechos”, Serie de Estudios a Profundidad, Profamilia.

Vos, R. et al... (2011). Construcción de LAS Políticas Públicas de Mujeres en Barranquilla para el fortalecimiento de la red del buen trato. Universidad del Atlántico grupo de investigación mujer, género y cultura facultad de ciencias humanas. Alcaldía Distrital de Barranquilla.

Walti (2011), La Demografía en México, las etapas iniciales de su evolución y sus aportaciones al desarrollo nacional, pág. 109-112.